

LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS TOTAL DU RECTUM

PAR LA RÉSECTION DE LA MUQUEUSE
AU THERMOCAUTÈRE
(Procédé d'Hartmann)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 juillet 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BRICKA

Ex-Externe des Hôpitaux

Né à Rambervillers (Vosges) le 21 septembre 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. MICHEL, professeur.	{	Président.
		RICHON, professeur.		Juges.
		MUTEL, agrégé.		
		BODARD, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT
NANCY-PARIS-STRASBOURG

1935

LE TRAITEMENT
DU PROLAPSUS TOTAL DU RECTUM
PAR LA RÉSECTION DE LA MUQUEUSE
AU THERMOCAUTÈRE
(Procédé d'Hartmann)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 juillet 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BRICKA

Ex-Externe des Hôpitaux

Né à Rambervillers (Vosges) le 21 septembre 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. MICHEL, professeur.	{	Président.
		RICHON, professeur.		Juges.
		MUTEL, agrégé.		
		BODARD, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT
NANCY-PARIS-STRASBOURG

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I Q; WEISS, O $\star$, I Q;

BOUIN, O $\star$, I Q; ANCEL, $\star$, I Q; GARNIER, $\star$, I Q;

MACÉ, $\star$, I Q; P. PARISOT, O $\star$, I Q; DUFOUR, $\star$, I Q; G. THIRY, $\star$, I Q.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I Q.
Clinique médicale.	M. G. ÉTIENNE, O $\star$, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I Q.
Physiologie.	M. M. LAMBERT, $\star$, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHNSHOLZ, O $\star$, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	M. P. JACQUES, $\star$, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I Q.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I Q.
Clinique médicale.	M. L. RICHON, $\star$, I Q.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I Q.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I Q.
Hygiène et médecine préventive.	M. J. PARISOT, C $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I Q.
Hydrologie.	M. SANTENOISE, $\star$, A Q, $\star$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I Q.
Bactériologie.	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q.
Professeurs sans chaire	{ M. L. JOB, $\star$, I Q.
	{ M. WATRIN, $\star$, I Q.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	{ M. M. PERRIN, $\star$, I Q, professeur.
Pathologie générale.	{ M. P. SIMONIN, A Q, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A Q, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses.	M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
Propédeutique dermatologique.	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q, professeur.
Médecine opératoire.	M. WATRIN, $\star$, I Q, prof. sans chaire
Electrothérapie et radiologie.	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I Q, agr. libre.
Accouchements (cours théorique).	M. G. LAMY, $\star$, I Q, ch. du c., ag. libre.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I Q, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale.	M. VERMELIN, $\star$, A Q, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A Q, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I Q, agrégé.
Éducation physique (1).	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie.	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMERAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A Q.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.

MM. POURSIÈNES.
MELNOTTE, O $\star$.
MUTEL, $\star$, I Q.
VERMELIN, $\star$, A Q

MM. GUILLEMIN, A Q.
ABEL, $\star$, A Q.
DROUET, A Q.
SIMONIN, A Q.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I Q; S. RÉMY, I Q; BUSQUET, I Q;
M. FAIRISSE, I Q; BINET, $\star$, I Q; BARTHÉLEMY, $\star$, I Q; LAMY, $\star$, I Q;
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A la mémoire vénérée de mon PÈRE

A MA MÈRE

A tous les Miens

A mes Amis

de la Faculté et des Hôpitaux

A mon Maître et Président de thèse

M. le Professeur G. MICHEL

*Professeur de clinique chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A mes Juges :

M. le Professeur L. RICHON

*Professeur de clinique médicale.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

M. le Professeur agrégé MUTEL

*Chargé de cours d'Anatomie et de Médecine légale.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

M. le Professeur agrégé BODARD

Au Docteur René ROUSSEaux

Chirurgien des hôpitaux.

A mes Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté

INTRODUCTION

S'il est vrai que la multiplicité des méthodes de traitement opposées à une affection donnée témoigne de la médiocrité de ces méthodes, il est indéniable qu'à ce point de vue le prolapsus du rectum confirme singulièrement la règle : le nombre est considérable des procédés opératoires qui prétendent à guérir le prolapsus du rectum ; peu nombreux sont les procédés qui ont fait la preuve décisive de leur efficacité.

En réalité, il est nécessaire de distinguer soigneusement entre plusieurs variétés anatomiques de prolapsus du rectum qui, — au point de vue thérapeutique, — peuvent, comme l'a montré HARTMANN, se ramener à deux :

D'une part, le *prolapsus muqueux*, qui consiste dans une simple invagination de la muqueuse, et pour lequel de petits moyens suffisent d'habitude à obtenir la guérison.

D'autre part, le *prolapsus total* (prolapsus complet

de GROSS) — qui comprend les trois tuniques du rectum : c'est pour ce prolapsus total — le seul que nous envisageons ici — que de nombreuses méthodes opératoires ont été préconisées, parce qu'il est difficilement curable.

Depuis LENORMANT qui, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1903), a présenté une étude complète des différentes méthodes de traitement chirurgical des prolapsus du rectum, on distingue parmi ces procédés des procédés d'exérèse et des procédés conservateurs : les premiers consistent à réséquer plus ou moins le rectum prolabé; les seconds comportent soit la réfection du périnée, moyen de soutènement du rectum, soit la suspension du rectum aux parois du bassin (rectopexie) ou aux parois de l'abdomen (colopexie).

De la lecture des travaux consacrés à l'étude de cette question, il résulte que, de l'avis de la grande majorité des chirurgiens, les méthodes de suspension, et en particulier les colopexies doivent être considérées comme les méthodes de choix; les autres procédés, et en particulier les procédés d'exérèse, ne devant être que rarement employés. « Mortalité appréciable; fréquence des récidives à cause de la persistance du sac de l'hédrocèle; fréquence des rétrécissements à cause de la suture, voilà trois arguments contraires à la résection. » (LENORMANT.)

Il semble bien que depuis sa thèse (Paris, 1903), LENORMANT n'ait pas changé d'avis, puisque, en 1935, il fait reprendre les mêmes conclusions à son assistant Howet (*Journal de Chirurgie*, juin 1935) qui termine son travail en disant : « La colopexie de QUENU et

DUVAL est, à notre avis, l'opération la plus parfaite. » (HOWET.)

Or, il est une méthode que nous avons vu employer au service de notre maître, M. le professeur Gaston MICHEL, et qui, à peu de frais, nous a paru donner de bons résultats : c'est la méthode qui consiste à réséquer la muqueuse rectale au thermocautère suivant la technique décrite par HARTMANN dans sa « Chirurgie du Rectum » et dans la thèse de son élève CARRASCO (Paris, 1930). C'est parce que ce procédé nous a semblé simple, bénin, efficace, et que nous ne l'avons même pas vu signalé par HOWET dans son article récent, que nous avons cru intéressant d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale, afin d'attirer l'attention sur ce procédé d'une chirurgie modeste, mais utile.

*
* *

Évidemment, nous n'avons pas la prétention de soutenir que ce procédé d'HARTMANN doive être exclusivement substitué aux autres méthodes; nous partageons complètement l'avis de CARRASCO lorsqu'il écrit qu'« il n'existe pas de traitement unique s'adressant à toutes les variétés de prolapsus rectal. Dans chaque cas particulier, il faut reconnaître le facteur étiologique et pathogénique; et, dans ce but, employer la technique la plus appropriée. » C'est pourquoi, après avoir rappelé un certain nombre de généralités relatives au prolapsus du rectum, nous envisagerons dans ce travail, les différentes méthodes

de traitement qui ont été opposées à cette affection; leurs avantages, leurs inconvénients, afin de voir ensuite quelle doit être la place à laquelle peut prétendre dans la thérapeutique du prolapsus du rectum, la méthode que, par commodité, nous appellerons la méthode d'HARTMANN, puisqu'aussi bien c'est HARTMANN qui l'a décrite.

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

Étiologie.

« Le prolapsus rectal est très analogue, dans son mode de production, à une hernie. Comme pour les hernies, la condition nécessaire à son développement, le fait qui domine son étiologie, c'est l'effort. » (LENORMANT.)

Quelquefois, il s'agit d'un effort unique très violent (LENORMANT, GROSS, CUNÉO).

Le plus souvent, il s'agit d'efforts minimes, mais répétés, chez des sujets dont les tissus sont plus ou moins déficients (enfants rachitiques, vieillards). L'effort de la défécation chez des constipés, des hémorroïdaires, des porteurs de polypes ou des malades atteints de rectite, est en général la cause déterminante du prolapsus du rectum.

Les efforts prolongés de la miction peuvent être également à l'origine du prolapsus du rectum. LENOR-

MANT a rapporté plusieurs observations « où le traitement de l'affection urinaire (rétrécissement de l'urètre, hypertrophie de la prostate, calculs vésicaux) a amené la guérison spontanée du prolapsus » (HOWET).

La toux est une cause favorisante qui ne doit pas être négligée : la coqueluche chez l'enfant, la bronchite chronique chez l'adulte, mais surtout chez le vieillard amènent assez souvent l'apparition d'un prolapsus du rectum. Il est évident que chez ce dernier, la toux persistante ajoute ses effets à la misère physiologique fréquente : chez un de nos malades, en particulier, cette association était très nette (observation n° I).

*
* *

Le prolapsus du rectum s'observe à tout âge, mais surtout chez l'enfant et chez le vieillard. Dans 70 % des cas, de la statistique de BORCHARDT, il s'agissait d'enfants. « HARTMANN constate un maximum de fréquence au cours de la deuxième année; puis, le prolapsus rectal devient plus rare entre 5 et 12 à 15 ans pour redevenir plus fréquent, et présente un nouveau maximum entre 20 et 30 ans, puis de 40 à 50 ans. Il s'ensuit que la conception généralement répandue que le prolapsus du rectum est particulièrement fréquent chez le vieillard semble exagérée. » (CARRASCO.) Parmi les deux malades dont nous rapportons ici les observations, l'un était âgé de 64 ans, mais, par contre, l'autre était un homme de 33 ans.

La femme est plus souvent atteinte que l'homme,

au moins chez l'adulte; car, chez l'enfant, il semble que ce soit l'inverse (CARRASCO). Les accouchements difficiles et multiples expliquent la prédisposition des femmes au prolapsus rectal (associé d'ailleurs souvent au prolapsus génital).

Anatomie pathologique.

« Le prolapsus du rectum est une lésion constituée par l'issue à travers l'anus d'une portion plus ou moins étendue de cette partie de l'intestin. » (HARTMANN.)

Il est classique, depuis CRUVEILHIER, puis LUDLOFF, de distinguer quatre variétés anatomiques de prolapsus rectal :

1^o Le prolapsus muqueux (*prolapsus ani* de LUDLOFF) dans lequel la muqueuse seule sort par l'anus;

2^o Le prolapsus ano-rectal (*prolapsus ani et recti* de LUDLOFF), constitué par une invagination de la partie la plus inférieure du rectum à travers l'anus.

3^o Le prolapsus rectal proprement dit (*prolapsus recti* de LUDLOFF), formé par l'invagination de la partie supérieure du rectum dans l'inférieure;

4^o Le prolapsus sigmoïdo-rectal (*prolapsus coli invaginati* de LUDLOFF) qui est dû à la précipitation, à travers l'anus, d'une invagination de la continuité de l'intestin.

HARTMANN a fait remarquer avec juste raison que la quatrième de ces variétés ne mérite pas d'être rangée dans le prolapsus du rectum : c'est une inva-

gination intestinale ordinaire qui est descendue au point de sortir de l'anus.

En somme, on peut très simplement distinguer avec HARTMANN d'une part un *prolapsus muqueux* que nous n'envisagerons pas ici; d'autre part un *prolapsus total* (prolapsus complet de GROSS, prolapsus invaginé de GOSSELIN) qui comprend les trois tuniques du rectum, et qui peut être à deux ou trois cylindres. « Que la paroi rectale se retourne complètement au dehors de l'anus, on aura, faisant saillie à l'extérieur, deux cylindres accolés, l'un externe descendant à partir de l'anus jusqu'à l'extrémité inférieure du prolapsus; l'autre ascendant se continuant avec la partie supérieure du rectum. Qu'au contraire la partie supérieure de ce dernier se précipite en bas à travers l'orifice anal, on aura trois cylindres : deux constitués par la portion descendante du rectum, un plus externe constitué par la portion inférieure du rectum restée fixe » (HARTMANN). Dans le premier cas (prolapsus à deux cylindres), la muqueuse procidente se continue directement avec la peau anale. Dans le deuxième cas (prolapsus à trois cylindres), il existe entre la muqueuse procidente et la peau anale un sinus circulaire ouvert en bas.

Le prolapsus à deux cylindres est de beaucoup le plus fréquent; c'est celui que nous avons rencontré chez nos deux malades. Chez l'un et l'autre, le prolapsus formait une tumeur de 10 à 15 centimètres de hauteur, et dont la circonférence pouvait avoir 15 à 20 centimètres. On a en somme un peu l'impression que donne le prolapsus génital total de la femme

faisant issue à la vulve. En règle générale, le sommet tronqué du cône que constitue le rectum évaginé est attiré vers l'arrière. D'autre part, en faisant pousser les malades, on observe non seulement un déplissement plus marqué du rectum, mais encore que la tumeur tombe en avant : cette saillie correspond à la présence, à ce niveau, entre les deux cylindres, d'un cul-de-sac péritonéal, véritable hernie périnéale du Douglas (MENEGAUX et CHABRUT), constituant l'hédrocèle déjà vue par CRUVEILHIER et LUDLOFF.

L'existence de cette hédrocèle était très nette chez nos deux malades. Nous reviendrons ultérieurement sur son importance théorique et pratique.

Comme le dit si justement HOWET, la profondeur exagérée du Douglas, ainsi que la mobilité anormale du rectum, constituent les deux anomalies essentielles et caractéristiques du prolapsus rectal.

Pathogénie.

Les diverses théories émises sur la pathogénie du prolapsus du rectum se basent sur une déficience, soit des moyens de soutien, soit des moyens de suspension du rectum.

1^o THÉORIE DE L'INSUFFISANCE DES MOYENS DE SOUTIEN.

Les moyens de soutien du rectum sont constitués par les divers plans du périnée, essentiellement par

l'appareil sphinctérien et le releveur coccy-périnéal (HARTMANN).

Comme le fait remarquer HARTMANN, l'insuffisance des moyens de soutien est évidente dans les prolapsus succédant à une amputation périnéale du rectum. Il en est de même dans le prolapsus consécutif à une intervention défectueuse opposée à une fistule anale ou à des hémorroïdes.

A côté de ces cas particuliers, il est assez rare de constater le développement du prolapsus de bas en haut : la portion anale sortant d'abord avec les plis les plus voisins de la muqueuse rectale, puis toutes les tuniques du rectum étant expulsées, selon la conception d'ESMARCH.

Cette théorie n'est valable que lorsque le prolapsus total est précédé d'un prolapsus muqueux, ce qui ne se rencontre guère que chez l'enfant et chez les vieillards. Néanmoins, que la béance de l'anus, que l'insuffisance de l'appareil sphinctérien coexistent fréquemment avec le prolapsus du rectum, il y a là une notion qui ne doit pas être négligée et qui légitime la reconstruction de cet appareil sphinctérien (CUNEO et SÉNÈQUE), mais — dans le prolapsus total tout au moins — comme acte complémentaire, et non pas comme acte essentiel ou isolé.

Dans notre deuxième observation, par exemple, au procédé d'HARTMANN, il a fallu associer le cerclage de l'anus pour obtenir un résultat définitif; mais il est bien évident que ce cerclage seul aurait été nettement insuffisant.

II. — THÉORIE DE L'INSUFFISANCE DES MOYENS DE SUSPENSION DU RECTUM.

D'après JEANNEL et d'après VERNEUIL, le prolapsus résulterait d'une insuffisance des moyens de suspension du rectum, en particulier du méso-côlon.

JEANNEL comparait le rectum à un prisonnier enchaîné dans une cellule. Aussi longtemps qu'il est enchaîné, il ne peut s'échapper de sa cellule, même avec une porte ouverte. La chaîne représente ses moyens de suspension supérieurs; la porte, le sphincter. Mais si la chaîne se trouve brisée, il suffira d'un hasard pour que le prisonnier s'échappe par la porte, et ce hasard est offert à chaque défécation (CARRASCO). Comme le fait remarquer HARTMANN « tous ceux qui ont fait des amputations périnéales du rectum et qui ont vu avec quelle facilité on amène le côlon pelvien une fois le rectum libéré de ses connections avec le plancher périnéal et les aponévroses sacro-recto-génitales, ne peuvent admettre cette théorie ».

D'autre part, JEANNEL incrimine la rectite comme cause essentielle de relâchement du méso-côlon; or, la rectite est bien plus souvent la conséquence que la cause du prolapsus du rectum (LENORMANT).

III. — THÉORIE DE LA HERNIE PÉRINÉALE PRIMITIVE.

De l'existence constante d'un sac péritonéal à la partie antérieure du prolapsus, LUDLOFF conclut : « Il n'y a pas développement primitif d'un prolapsus

rectal et formation secondaire d'une hédrocèle, mais développement d'emblée d'une hernie périnéale à travers la fente rectale. » La pression abdominale, aidée de l'affaiblissement de la musculature rectale et de la fonte de la graisse périrectale refoulerait la paroi antérieure du rectum dans la lumière de l'ampoule.

D'autre part, la persistance d'un cul-de-sac de Douglas de type fœtal par défaut de coalescence de ses parois (ZUCKERKANDL) est une cause prédisposante de première importance en permettant à l'intestin grêle de s'y engager comme dans un sac de hernie (hédrocèle) et de déprimer progressivement la paroi antérieure du rectum. Cette conception a été défendue en France par GÉRARD-MARCHANT qui a émis l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un prolapsus rectal congénital, comme il existe une hernie inguinale congénitale.

* * *

Ces théories essentielles contiennent chacune une part de vérité; mais elles ne doivent pas être envisagées exclusivement. Il semble établi — comme y a insisté Pierre DUVAL — qu'une théorie pathogénique unique ne saurait convenir à tous les cas de prolapsus rectal. Chacune des théories que nous avons rappelées s'applique plus ou moins à tel ou tel cas de prolapsus rectal : c'est au clinicien à faire une discrimination précise sur la valeur de chacun des éléments pathogéniques; car de cette discrimination dépend en grande partie la technique à mettre en œuvre.

Symptomatologie.

La symptomatologie clinique du *prolapsus total* du rectum consiste essentiellement en l'apparition, à chaque défécation ou à chaque effort, d'une tumeur saillante à l'extérieur, atteignant et dépassant même souvent (comme dans nos deux cas) le volume d'une mandarine. « Sa forme est celle d'un tronc de cône; sa base, qui peut avoir des dimensions considérables, 15, 20 cm. de circonférence ou même plus, répond à l'anus. A sa surface, on voit des plis transversaux; son sommet, regardant en bas et un peu en arrière par suite de l'incurvation de la tumeur, présente à son sommet un orifice » (HARTMANN).

Si l'on fait faire au malade un effort, une fois le prolapsus extériorisé, on se rend compte qu'il se fait une voussure au niveau de la paroi antérieure du prolapsus, qui est due à la tension de l'hédrocèle. Dans quelques cas, en palpant entre les deux doigts cette paroi antérieure, on produit l'apparition de gargouillements gazeux dus à la présence, à ce niveau, d'anses intestinales grêles.

La réduction du prolapsus est en général très facile à obtenir. « Par une pression douce à travers une compresse enduite de vaseline, maintenant avec les cinq doigts de la main gauche la périphérie de la tumeur, on refoule progressivement avec la main droite son sommet. A un moment, la tumeur file entre les doigts, la réduction est obtenue. » (HARTMANN.)

Dans les deux cas que nous rapportons, il était même inutile de prendre des précautions aussi minutieuses pour réduire le rectum prolapsé.

Une fois la réduction effectuée, l'anüs est béant, flasque, irrégulier.

Dans le prolapsus rectal habituel (prolapsus ano-rectal) il n'existe pas de sillon circonférentiel entre le canal anal et la tumeur constituée par le prolapsus. La muqueuse rectale se continue directement avec la peau de l'anüs. Ce sillon n'existe que dans l'invagination — d'ailleurs rare — de la partie supérieure du rectum dans l'inférieure; dans ce cas, il est prudent de s'assurer que le prolapsus n'est pas dû à la présence d'une tumeur (polype, cancer).

Au fur et à mesure que le prolapsus devient plus ancien, la muqueuse rectale s'altère, s'enflamme, se congestionne, prend dans certains cas une teinte rouge sombre, presque noire. Il existe parfois des suintements pénibles, de véritables diarrhées incoercibles même. Chez un de nos malades (observation n° 11) ces phénomènes diarrhéiques étaient tellement intenses que le malade évoluait vers un état cachectique net, malgré un âge relativement jeune (33 ans).

Les suintements abondants sont de règle lorsque le prolapsus devient incoercible; c'est-à-dire lorsqu'il reste constamment dehors ou sort à chaque instant; la situation des malades est alors épouvantable.

Enfin, l'inflammation des diverses tuniques rectales constituant le prolapsus peut amener leur adhérence entre elles : le prolapsus est dès lors irréductible. S'il n'est pas remédié à cette irréductibilité, il peut y

avoir des phénomènes d'étranglement, surtout s'il persiste un sphincter contractile. L'apparition d'accidents infectieux et gangréneux est alors possible, quoique pour LENORMANT « abandonné à lui-même, l'étranglement ne durera pas très longtemps; la chute des escharres et les hémorragies consécutives décongestionnent la tumeur dont le volume diminue; la contracture du sphincter finit par se relâcher; les accidents s'amendent; le prolapsus redevient réductible, et les ulcérations de la muqueuse se cicatrisent. » (LENORMANT.)

On peut encore observer d'autres complications : l'*occlusion intestinale* au niveau de l'hédrocèle a été signalée. On a vu également la *rupture du prolapsus*, exceptionnellement spontanée; plus souvent résultat de tentatives brutales de réduction.

Quant à la *régression spontanée* du prolapsus rectal chez l'adulte et chez le vieillard, c'est une éventualité sur laquelle il ne faut pas compter.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES DE TRAITEMENT DU PROLAPSUS DU RECTUM

Nous laisserons complètement de côté ici les méthodes de traitement non opératoire du prolapsus du rectum, parce que ces méthodes ne sont indiquées que dans les prolapsus muqueux, légers, de l'enfant en particulier. Nous renvoyons pour l'étude de ces méthodes — traitement médical hygiéno-diététique, massage, cautérisations à l'acide nitrique, sclérogénéothérapie par injections caustiques *loco dolenti* — à la thèse de CARRASCO (Paris, 1930). Ces méthodes n'ont aucune indication dans le prolapsus vrai du rectum, dans le prolapsus total du rectum, le seul que nous envisageons dans ce travail, et qui est justiciable exclusivement de méthodes opératoires.

Nous distinguerons schématiquement ces méthodes opératoires en :

1^o Méthodes de réfection du périnée;

2^o Méthodes de fixation et de suspension du rectum;

3^o Méthodes d'exérèse.

I. — Méthodes de réfection du périnée.

Nous envisagerons successivement en trois paragraphes :

1^o La méthode de THIERSCH;

2^o Les méthodes de renforcement de l'anneau sphinctérien;

3^o Les opérations plastiques périnéales.

I. — MÉTHODE DE THIERSCH.

La méthode de THIERSCH constitue l'opération de soutien la plus simple qui existe.

Au moyen d'une aiguille courbe (aiguille de Doyen par exemple), on passe autour de l'anus un fil d'argent ou de bronze, de telle sorte qu'il pénètre et ressorte au même point à 1 cm. et demi en arrière de l'anus, au niveau du raphé rétro-anal. Ensuite, le fil est noué et serré sur l'index introduit dans l'anus.

Pour THIERSCH (1891), ce procédé avait deux avantages :

a) il agit mécaniquement en arrêtant dans sa chute la muqueuse rectale, en suppléant en somme au sphincter;

b) Il provoque, par irritation des tissus au contact du fil métallique un tissu scléro-cicatriciel, un anneau

fibreux faisant adhérer le rectum aussi au tissu conjonctif qui l'entoure.

C'est une méthode opératoire excessivement simple, particulièrement bénigne, qui peut être effectuée très facilement à l'anesthésie locale (sauf chez l'enfant naturellement). Il y a cependant quelques inconvénients qu'il faut connaître : le fil métallique peut être la cause de phénomènes douloureux au moment de la défécation. Il peut également occasionner de la suppuration par sa présence au voisinage d'une région essentiellement septique, des abcès à répétition de la marge de l'anus ou des fistules persistantes peuvent s'observer. Aussi, on peut être amené à extraire le fil métallique avant que le résultat soit obtenu, car on estime au moins à trois mois la durée pendant laquelle il doit rester en place (LENORMANT).

L'existence de ces accidents a conduit certains auteurs à substituer aux fils métalliques un matériel différent : fil de soie (HENSCHEN), fil de caoutchouc (P. DELBET). On a même utilisé des tissus autoplastiques vivants : tendons, aponévrose fémorale, bandelettes de sac herniaire; mais très souvent, il y a eu élimination.

Au service de M. le professeur G. MICHEL, nous avons vu effectuer habituellement ce cerclage de l'anus avec trois crins de Florence passés ensemble, qui paraissent avoir été bien tolérés, puisque les malades que nous avons revus les ont tous conservés jusqu'à présent, et que d'autres ne sont pas venus s'en plaindre.

Chez le malade de l'observation n° II — l'obser-

vation remonte maintenant à près de deux ans, — les crins de Florence qui ont servi à cercler l'anus de ce malade sont jusqu'à présent parfaitement tolérés.

En règle générale, la méthode de THIERSCH donne d'excellents résultats, à condition que l'indication en soit bien posée.

Dans le prolapsus muqueux de l'enfant, la guérison est la règle (OMBRÉDANNE-MATHIEU). Mais, comme l'a fait remarquer BROCA, il faut être très prudent dans l'appréciation que l'on porte sur la valeur du procédé de THIERSCH; car, *en général*, le prolapsus de l'enfant guérit spontanément.

Le cerclage de l'anus est également une méthode précieuse chez le vieillard dont le sphincter relâché a perdu sa contractilité.

Chez l'adulte, il peut être utilisé dans quelques prolapsus légers ou de volume moyen. C'est ainsi que LERICHE emploie le cerclage de l'anus chez l'adulte quand il s'agit d'un prolapsus ne dépassant pas 3 à 4 cm. C'est un procédé tellement simple, tellement bénin, dit HARTMANN, qu'on peut toujours commencer par lui, surtout dans les cas où l'état général du malade est très altéré; il est rare, en effet, que, même dans des prolapsus complets, le cerclage — insuffisant bien entendu pour obtenir un résultat parfait — n'amène pas une diminution des phénomènes de rectite et des suintements si pénibles de l'anus, une cessation des diarrhées incoercibles que l'on observe dans certains cas; en somme, une amélioration telle de l'état général que l'on puisse, par la

suite, compléter la cure opératoire par un procédé plus radical.

Nous estimons, quant à nous, que chez l'adulte, en présence d'un prolapsus complet, le procédé de TIERSCH n'est qu'une méthode auxiliaire, mais néanmoins précieuse, qui, en tout cas, a parfait d'une manière remarquable, chez notre deuxième malade, un résultat incomplet auparavant.

II. — MÉTHODES DE RENFORCEMENT DE L'ANNEAU SPHINCTÉRIEN.

De nombreuses méthodes ont été préconisées qui se proposent de renforcer les différents éléments de l'appareil sphinctérien du rectum. Nous n'en signalerons que quelques-unes.

Les procédés les plus simples portent simplement sur les releveurs de l'anus.

1^o *Procédé de LENORMANT* : Myorrhaphie antérieure.

« Imaginée par ZIEGENSPECK en 1899, appliquée par NAPALKOW au traitement du prolapsus rectal, la suture des releveurs fut exécutée par le professeur LENORMANT pour la première fois sur le vivant (1902). Il s'agissait d'une femme atteinte d'un double prolapsus génital et rectal muqueux; la malade guérit parfaitement » (HOWET).

La technique de LENORMANT consiste essentiellement, après incision convexe en avant réunissant les deux tubérosités ischiatiques, à découvrir la face

inférieure des releveurs et à pénétrer dans la zone décollable pré-rectale. Quelques points transversaux adossent les releveurs par leurs bords. On peut également, à condition de poursuivre le décollement suffisamment haut, faire par cette voie la cure opératoire d'une hernie périnéale médiane si on en rencontre une.

Naturellement, la technique de P. DUVAL et R. PROUST, étudiée pour la cure du prolapsus génital, pourrait également servir pour traiter le prolapsus rectal.

2^o *Procédé de HOFFMANN* : Myorraphie postérieure.

Le procédé de HOFFMANN est fréquemment utilisé en Allemagne. Pour les auteurs allemands, la myorraphie postérieure des releveurs fait mieux disparaître la béance de l'anus que la myorraphie antérieure; elle aurait d'autre part l'avantage de raccourcir l'espace ano-coccygien : ces deux lésions seraient, selon les auteurs allemands, les éléments pathogéniques essentiels du prolapsus du rectum. De nombreuses modifications ont été apportées à ce procédé d'HOFFMANN, par de nombreux auteurs. Nous n'insisterons pas plus sur ce point.

Alors que les procédés précédents portent isolément sur l'un des éléments de l'appareil sphinctérien : le releveur coccy-périnéal, CUNÉO et SÉNÈQUE ont décrit en 1931 (*Journal de Chirurgie*, août 1931, t. XXXVIII, p. 190-196) un procédé opératoire qui agit sur les trois

éléments de cet appareil sphinctérien : le sphincter lisse, le sphincter strié, les releveurs de l'anوس.

3^o Procédé de Cunéo et Sénèque.

CUNÉO et SÉNÈQUE raccourcissent séparément les sphincters lisses et striés en les plissant transversalement par des fils de lin, d'abord sur leur moitié antérieure, puis sur leur moitié postérieure. En arrière, ils plicaturent les releveurs par une suture en paletot.

Sur cinq cas rapportés par ces auteurs, les résultats immédiats ont été excellents dans chaque cas; mais un seul résultat éloigné peut entrer en ligne de compte. Dans ce cas, d'ailleurs, qui concernait un prolapsus de 11 centimètres chez une femme de 32 ans, le résultat près d'un an après était excellent.

III. — OPÉRATIONS PLASTIQUES.

Nous groupons sous ce nom toutes les méthodes opératoires qui utilisent des lambeaux musculaires ou aponévrotiques pour renforcer le plancher pelvien.

FINSTERER procède de la façon suivante : par voie parasacrée, il libère le cul-de-sac de Douglas, le resèque et le ferme par trois rangées de sutures étagées; puis, à l'aide d'un lambeau musculaire pris sur le grand fessier, il renforce la paroi antérieure du rectum; l'auteur termine ensuite par l'intervention en cerclant l'anوس à la manière de THIERSCH avec un gros catgut.

Cette technique nous paraît singulièrement compliquée et traumatisante. D'autre part, la suppuration est toujours à craindre dans une région adipeuse comme l'est souvent la région fessière. En fait, ce procédé ne nous semble pas très séduisant, il en est de même des autres méthodes plastiques.

* * *

Que faut-il penser des interventions périnéales dans le traitement du prolapsus rectal?

Nous avons déjà donné notre avis sur la méthode de THIERSCH : excellente opération dans le prolapsus muqueux, en particulier chez l'enfant, il ne faut pas trop compter avec elle sur un bon résultat éloigné dans le prolapsus complet chez l'adulte, et même chez le vieillard. « Si les résultats immédiats du cerclage sont bons, je ne crois pas qu'il faille beaucoup compter sur la valeur thérapeutique de cette opération » (LENORMANT).

Dans le prolapsus total de l'adulte, l'opération de THIERSCH est pour nous une méthode complémentaire utile, mais pas plus.

Le procédé de CUNÉO et SÉNÈQUE n'a été pratiqué jusqu'à présent — du moins à notre connaissance — que par ses auteurs; un seul résultat éloigné — bon d'ailleurs — a été publié. Néanmoins, c'est trop peu pour qu'on puisse juger sans appel de cette méthode d'ailleurs ingénieuse.

Les myorraphies antérieures ou postérieures n'ont pour nous que la valeur d'opérations auxiliaires,

comme la méthode de THIERSCH. D'ailleurs, elles ont été rarement pratiquées d'une manière isolée; elles ont été presque toujours associées à une rectoplicature ou à une rectopexie (LENORMANT). Peut-être préférables, du point de vue théorique à l'opération de THIERSCH, il ne semble pas que la valeur pratique de ces myorraphies soit bien plus grande; et elles ont l'inconvénient d'être par ailleurs des interventions sensiblement plus complexes.

Quant aux opérations plastiques, du type de l'opération de FINSTERER, elles nous semblent singulièrement compliquées pour un résultat bien aléatoire.

En somme, les méthodes de réfection du périnée sont des méthodes indiscutablement insuffisantes dans le traitement du prolapsus rectal total, tel que nous l'avons défini précédemment au chapitre anatomo-pathologique.

II. — Méthodes de fixation et de suspension du rectum.

La fixation et la suspension du rectum prolabé peuvent être effectuées soit par voie périnéale ou sacrée, soit par voie abdominale. Il s'agit, dans le premier cas, de rectopexie; dans le second cas, de colopexie.

I. — RECTOPEXIES.

1^o *Rectopexie postérieure.*

Cette méthode a été imaginée par VERNEUIL en

en 1889. VERNEUIL se contentait de passer dans l'épaisseur des parois rectales, sans perforer la muqueuse, des anses de fil qui, une fois nouées aux deux lèvres d'une incision ano-coccygienne, attiraient l'intestin en arrière.

L'année suivante, GÉRARD-MARCHANT remplaça la fixation à la peau par une fixation aux tissus fibreux péri-coccygiens, avec, en plus, une plicature verticale du rectum. LENORMANT décrit ce procédé de *recto-coccyplexie* de son maître GÉRARD-MARCHANT de la façon suivante :

Un lambeau, convexe en avant, affleurant l'anus, répondant par sa base à l'articulation sacro-coccygienne, est taillé, puis rabattu en arrière. On dénude la face antérieure du coccyx qu'on resèque et l'on aborde la face postérieure du rectum. Celle-ci bombe dans la plaie; on la plisse en accordéon en passant à travers ses tuniques, sans perforer la muqueuse, une série de fils cheminant dans leur épaisseur, sur une longueur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. En nouant ces fils, on raccourcit le rectum. Deux ou trois étages de fils sont ainsi placés. Si l'on a pris soin de ne couper qu'un des chefs des fils les plus latéraux, il suffira de nouer les fils conservés larges d'un côté à deux du côté opposé pour rétrécir transversalement le rectum. Pour terminer l'opération, on fixe l'intestin soit avec les chefs gardés longs, soit mieux avec des fils spéciaux passés aussi en avant que possible sur les faces latérales du rectum. Cette fixation est faite au bord oblique des grands ligaments sacro-sciatiques qui viennent se fixer aux bords latéraux du

sacrum et du coccyx. La plaie est refermée par une suture des tissus fibreux et musculaires sectionnés, puis de la peau, laissant un orifice pour un petit drain au niveau de la partie la plus déclive, celle qui répond à la résection du coccyx.

LOCKHART-MUMMERY (1910) a décrit également un procédé très simple de rectopexie postérieure. Après incision transversale en arrière de l'anus, il décolle la face postérieure du rectum de la concavité du sacrum, le plus haut possible, et comble ensuite l'espace rétro-rectal par de longues lanières de gaze bismuthée stérilisée qu'on laisse en place six à sept jours. Lorsque la plaie est cicatrisée, le rectum est solidement adhérent au sacrum, et ses parois postérieures et latérales ne peuvent plus descendre. Un inconvénient à redouter dans cette technique, c'est l'infection du tissu cellulaire rétro-rectal.

2° *Rectopexie latérale.*

Comme l'a dit avec juste raison LENORMANT, la rectopexie latérale est la rectopexie idéale, parce qu'elle assure la fixation du rectum par ses faces latérales par lesquelles le rectum est justement anatomiquement fixé. Dans la technique de LENORMANT que nous avons décrite précédemment comme modification de celle de GÉRARD-MARCHANT, cette fixation latérale est réalisée au bord oblique des grands ligaments sacro-sciatiques.

LYNCH également a décrit un procédé qui permet d'obtenir cette fixation latérale du rectum. Par une

incision médiane sagittale de la paroi postérieure du vagin, du col, jusqu'au périnée, il découvre la face antérieure et les faces latérales du rectum, ainsi que les ligaments larges : trois fils, dont la partie moyenne chemine dans la paroi rectale sans perforer la muqueuse, unissent les ligaments larges en avant du rectum. Comme le dit HOWET, cette méthode constitue en somme une rectorraphie transversale avec ligamentorrhaphie des ligaments larges.

*
* * *

II. — COLOPEXIES.

L'idée de réduire le prolapsus rectal en attirant le rectum après laparotomie est due à POCKEL (1812). C'est en 1889 seulement que la première colopexie fut pratiquée par JEANNEL. Il s'agissait d'une malade atteinte d'un prolapsus rectal compliqué d'une rectite intense. Après ouverture de l'abdomen, JEANNEL réduisit le prolapsus en attirant le sigmoïde qu'il fixa à la paroi en pratiquant un anus iliaque de dérivation pour guérir la rectite. Lorsque celle-ci fut guérie, il referma l'anus artificiel, et put constater trois ans après que le prolapsus ne s'était pas reproduit (HARTMANN).

VERNEUIL fut un des plus ardents défenseurs de cette méthode de JEANNEL; mais dans les cas non compliqués de rectite, il considéra l'anus iliaque comme inutile, et que la simple fixation du sigmoïde, à la paroi abdominale était suffisante. VERNEUIL

fixait l'intestin par les franges épiploïques. C'était un moyen de fixation nettement insuffisant.

Les résultats de ces procédés primitifs de colopexie n'ont pas été bien brillants. Sur 58 cas publiés PACHINO trouvait : une mort opératoire; et sur 22 malades suivis, 13 récidives (dont 6 au bout de six mois), soit 59 %, ce qui est énorme.

Ces mauvais résultats amenèrent certains auteurs à préconiser des interventions plus complexes. LUDLOFF, en particulier, procédait de la manière suivante : il sectionnait l'anse sigmoïde, fermait en bourse le bout inférieur et le fixait après traction dans l'épaisseur des muscles de la paroi abdominale. Puis, il implantait le bout supérieur du sigmoïde dans l'inférieur, latéralement.

MORESTIN employait une technique analogue.

VON EISELSBERG, dans le cas d'anse sigmoïde longue, réséquait l'anse colique, faisait une anastomose termino-terminale et fixait l'intestin au-dessous de l'anastomose, à la paroi abdominale postérieure (HOWET).

En France, PROUST et DELAGENIÈRE suspendaient le rectum en le fixant par une anastomose latéro-latérale à la partie fixe du côlon sigmoïde.

Nous croyons que toutes ces interventions complexes et dangereuses doivent avoir de moins en moins d'indications dans le traitement du prolapsus du rectum : comme l'a montré LUDLOFF, la cause des mauvais résultats des procédés de colopexie, c'est la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas qui fait, comme nous l'avons déjà dit, du prolapsus

du rectum, dans certains cas tout au moins, une véritable hernie périnéale. Par conséquent, comme y a insisté MARION un des premiers, toute suspension du rectum doit être complétée par l'oblitération du Douglas : car c'est là l'acte opératoire indispensable si l'on veut ne pas courir le risque d'une récurrence. C'est ainsi que, en se contentant d'oblitérer le cul-de-sac de Douglas dans le prolapsus du rectum, MOSCHOWITZ (1911) dit avoir obtenu toujours d'excellents résultats. C'est ce qui fait également l'intérêt du procédé de colopexie de QUENU et DUVAL qui est en fait le meilleur.

* * *

Ces notions générales étant rappelées, nous classerons avec HOWET les procédés de colopexie de la façon suivante :

1^o *Colopexies antérieures.*

A. — *Directement :*

a) Avec ouverture de l'intestin : c'est le procédé initial de JEANNEL : la colopexotomie.

b) Sans ouverture de l'intestin : c'est la colopexie primitive de VERNEUIL. Un des procédés des plus élégants de colopexie antérieure directe, c'est celui décrit par RADSIEWSKY après incision longue de 12 à 13 centimètres, à un travers de doigt et demi au-dessus de l'arcade crurale, l'aponévrose du grand oblique est libérée. On isole de cette aponévrose une

bandelette qui s'étend en pont d'un bout à l'autre de l'incision de laparotomie. Une fois le ventre ouvert, on attire le sigmoïde le plus haut possible, de façon à réduire le prolapsus rectal. Quand l'examen montre que le prolapsus est parfaitement réduit, on suture la bande aponévrotique à la bandelette du bord libre du sigmoïde. Le sigmoïde est ainsi suspendu par la bande aponévrotique. Ensuite, on suture le péritoine par-dessus la bandelette et les différents plans musculo-aponévrotiques et cutanés sont soigneusement refaits. Sans dire le nombre d'opérations qu'il a pratiquées par cette méthode, RADSIIEWSKY ne signale aucune complication post-opératoire et n'eut que deux récurrences qui furent facilement guéries par une intervention itérative.

B. — *Indirectement* : Par l'intermédiaire d'une colopexie ligamentaire avec hystéropexie. Cette technique, qui n'est applicable naturellement que chez la femme, a été préconisée par PATEL (de Lyon). PATEL oblitère le Douglas en suturant le rectum aux ligaments larges droit, puis gauche. Ensuite, il fixe l'utérus par le procédé de DOLÉRIS légèrement modifié. Cette méthode nous paraît devoir être d'indication peu fréquente.

2° Colopexies postérieures.

A. — *Directement par le côlon lui même : Technique de Quénu et Duval (1910).*

La colopexie de QUÉNU et DUVAL est la meilleure

des techniques de colopexie; et, pour certains auteurs (LENORMANT, HOWET), c'est même la meilleure des opérations que nous ayons à l'heure actuelle à opposer au prolapsus du rectum.

L'opération de QUÉNU et DUVAL comporte à la fois une colopexie et l'oblitération du Douglas. Elle répond parfaitement aux desiderata que nous avons rappelés précédemment.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, le malade étant en position de TRENDELENBOURG maxima, le prolapsus est réduit. A l'aide d'une pince de Chaput, on repère sur la bandelette colique antérieure, le point de l'intestin qui arrive à hauteur du détroit supérieur.

Le cul-de-sac de Douglas est alors oblitéré par une suture à deux étages : deux bourses superposées. Puis, le côlon présacré est couché en travers de droite à gauche et de bas en haut, et suturé dans cette position au ligament large gauche chez la femme, au péritoine latéro et rétrovésical chez l'homme.

La colopexie proprement dite est ensuite effectuée : on incise le péritoine pariétal sur le bord externe des vaisseaux iliaques gauches. Le côlon iliaque est décollé de la paroi, ce qui permet d'exposer le psoas et de mettre à nu le tendon du petit psoas. La face inférieure du méso-côlon pelvien, puis le côlon lui-même, bord mésentérique, face antérieure, bord libre, sont suturés au tendon lui-même qui constitue un plan solide et résistant. Cette suture doit être faite à l'aide de sept à huit fils non résorbables, très fins, à points séparés.

* * *

QUÉNU et DUVAL insistent sur ce point, que ce qui leur semble intéressant dans leur technique, ce n'est ni l'oblitération du Douglas, ni la suture du côlon aux psoas, considérées isolément, mais le fait qu'en fixant l'anse pelvienne du côlon depuis le point déclive du bassin jusqu'à la fosse iliaque gauche; on reconstitue un côlon pelvien à type normal d'adulte, côlon court à court méso.

C'est pourquoi LENORMANT et son élève HOWET considèrent la colopexie QUÉNU-DUVAL, complétée par un cerclage de l'anus dans certains cas, comme étant la méthode de choix. G. GROSS écrivait également (Congrès Français de Chirurgie, 1913) que chez l'adulte, dans tous les cas de prolapsus total du rectum, petit ou grand, et sauf contre-indications dues à l'âge ou à l'état général, la colopexie est indiquée. L'opérateur trouvera toujours une lésion congénitale (longueur anormale du côlon et de son méso, profondeur exagérée du Douglas) qui justifie son choix. Nous croyons, quant à nous, comme nous le montrerons plus loin, que cette opinion systématique est excessive.

* * *

A côté du procédé de QUÉNU et DUVAL, il existe d'autres méthodes de colopexie postérieure. Parmi celles-ci, les plus simples sont celles de KÜMMELL et de SUDECK, qui sont très employées en Allemagne.

KÜMMELL, après laparotomie médiane sous-ombilicale, suture le rectum attiré en haut par trois points à la soie au ligament antérieur de la colonne.

SUDECK incise le péritoine de chaque côté du rectum, le décolle de l'espace rétro-rectal, l'attire très fortement en haut et le fixe au ligament interarticulaire du promontoire; puis suture transversalement l'incision verticale du péritoine latéro-rectal.

La méthode de KÜMMELL est rapide, simple; mais incertaine. Celle de SUDECK est plus sûre, quant au résultat éloigné; mais elle n'est pas sans gravité immédiate; car elle nécessite l'ouverture large du tissu cellulaire pelvien. Ces deux procédés sont plutôt, en somme, des rectopexies par voie abdominale que des colopexies proprement dites. Pour nous, nous estimons que du point de vue technique, la colopexie de QUÉNU et DUVAL est bien préférable à toutes ces méthodes et à d'autres que nous croyons sans intérêt de rappeler ici.

Résultats des méthodes de fixation et de suspension du rectum.

1. *Rectopexies.* — En se basant sur une statistique de 40 rectopexies faites par le procédé de GÉRARD-MARCHANT, LENORMANT était arrivé à la conclusion suivante : « Opération bénigne du point de vue du pronostic vital et des complications; le pire qui puisse arriver, c'est la récurrence. » Et la récurrence est assez fréquente.

En fait, il est difficile de se faire une opinion sur les résultats éloignés de cette méthode, car les résultats éloignés manquent souvent dans les observations qui ont été publiées. Par exemple, sur cinq cas rapportés par PAUCHET, un seul cas a été revu au bout de trois mois.

Seul, LOCKHARDT-MUMMERY rapporte une statistique intéressante. Sur trente-deux cas opérés d'après son procédé (tamponnement de l'espace rétro-rectal par voie périnéale), il a eu seulement cinq récidives qui ont d'ailleurs parfaitement guéri à la suite d'une nouvelle intervention.

CARRASCO, dans sa thèse, rapporte trois observations de recto-coccypexie appartenant à HARTMANN. Dans un seul cas, le résultat éloigné est connu, parce que la malade est revenue se faire opérer d'un fibrome sept mois après l'opération; réapparition d'un léger prolapsus muqueux au moment des garde-robes.

Les résultats des rectopexies ne semblent donc pas particulièrement brillants.

2. *Colopexies.* — Les observations sont plus nombreuses que celles de rectopexies. Mais il y a peu de cas publiés de colopexie antérieure.

La colopexie postérieure, par le procédé de QUÉNU et DUVAL est celle qui, en France tout au moins, a le plus séduit les chirurgiens.

Dans une communication au Congrès de Chirurgie en 1913, G. GROSS (de Nancy), rapportait dix cas de colopexie QUÉNU-DUVAL : trois de ces derniers auteurs, deux de LENORMANT, cinq de lui-même.

Des trois cas de QUÉNU et DUVAL, un n'a pu être suivi; Les deux autres ont donné une guérison éloignée; à part, l'apparition, dans chaque cas, d'un prolapsus muqueux à l'effort.

Sur les cinq cas de G. GROSS, il y a eu quatre guérisons parfaites et une guérison avec léger prolapsus muqueux à l'effort. Tout récemment HOWET a rapporté cinq observations nouvelles de colopexie QUÉNU-DUVAL appartenant à LENORMANT avec excellent résultat dans chaque cas; mais deux fois, on a associé à la colopexie une intervention de réfection périnéale. Ce fait modère un peu l'enthousiasme qu'on éprouve pour la colopexie à la lecture hâtive des travaux qui y furent consacrés.

III. — Méthodes d'Exérèse.

L'exérèse, dans le prolapsus du rectum, peut porter soit sur la totalité du rectum prolabé, soit sur la muqueuse seule.

I. — PROCÉDÉS D'EXÉRÈSE TOTALE.

Nous envisagerons successivement le procédé de MICKULICZ, l'amputation intrasphinctérienne (HARTMANN), le procédé de MILES.

1^o *Procédé de Mickulicz.*

Le procédé de MICKULICZ est le plus connu et le plus employé.

Le boudin prolabé étant fixé par deux anses de fil, on commence par sectionner à 1 ou 2 centimètres de l'anús, le cylindre externe dans sa moitié antérieure, couche par couche. On ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur que l'on ferme en suturant les feuillets péritonéaux des deux cylindres l'un à l'autre. On sectionne alors la moitié antérieur du cylindre interne; puis on suture les deux cylindres sectionnés l'un à l'autre par des points séparés perforant toute l'épaisseur des tuniques.

On traite de la même manière la moitié postérieure du prolapsus. Il faut faire attention à bien lier de ce côté les vaisseaux du pédicule vasculaire du rectum. Les fils étant coupés courts, on saupoudre la suture d'iodoforme et on laisse les parties rentrer spontanément.

De nombreuses modifications ont été apportées au procédé de MICKULICZ (HENLE, LEJARS, JULLIARD, REID, etc.). Nous renonçons à les décrire, car elles n'ont qu'un intérêt très relatif.

B. — *Amputation intrasphinctérienne*
(HARTMANN-BERGERET).

Bien que l'opération de MICKULICZ soit une bonne opération, HARTMANN y voit un risque de rétrécissement secondaire pouvant obliger à une intervention itérative. C'est pourquoi il estime qu'il est plus simple de faire une *amputation intrasphinctérienne* enlevant toute la partie du rectum correspondant au prolapsus, suivant la technique qui a été mise

au point dans son service par son assistant BERGERET.

On trouvera cette technique parfaitement décrite dans la thèse de CARRASCO.

« Pour résumer », dit BERGERET à la suite de la description de la méthode qu'il emploie, « je pratique successivement les temps suivants :

1^o Section circulaire du cylindre enveloppant au niveau de la ligne cutanéomuqueuse. La cicatrisation, après abaissement, se fait en effet toujours mieux de muqueuse à peau que de muqueuse à muqueuse.

2^o Décortication, sur 5 à 6 centimètres, du cylindre enveloppé pour permettre de coiffer toutes les parties septiques.

3^o Libération, puis ouverture du cul-de-sac de Douglas après avoir refoulé le sphincter et les fibres musculaires du périnée que l'on a pris grand soin de respecter.

4^o Abaissement de tout ce qui se laisse abaisser du côlon et fermeture du péritoine.

5^o Section du côlon.

6^o Ligature et section des mésos.

7^o Fixation du côlon abaissé à la marge de l'anus.

CARRASCO rapporte dix observations de BERGERET qui montrent les bons résultats qu'on peut obtenir avec cette méthode.

C. — *Opération de Miles.*

L'opération de MILES (1933) est une modification du procédé de MICKULICZ. Elle comporte l'excision

du rectum avec la portion extérieure du côlon-pelvien : d'où le nom de rectosigmoïdectomie que MILES donne à sa méthode. Avec quelques petits détails en plus, on peut dire que c'est une opération de MICKULICZ étendue en hauteur. En 1933, MILES avait pratiqué trente et une fois cette intervention avec une seule mort; dans chaque cas, sauf un, le résultat éloigné était excellent.

*
* *

II. — PROCÉDÉS D'EXÉRÈSE DE LA MUQUEUSE SEULE.

C'est DELORME qui, le premier, a préconisé la résection de la muqueuse seule. JUVARA a rapporté quelques perfectionnements au procédé initial de DELORME, d'où le nom d'opération de DELORME-JUVARA sous lequel on décrit généralement cette méthode.

Technique de DELORME-JUVARA.

Après incision circulaire à l'union de la muqueuse et de la peau, on sépare soigneusement la muqueuse des sphincters, puis de la tunique musculaire. Le décollement doit être poursuivi jusqu'au delà du sommet de l'invagination « tant que la muqueuse se laisse décoller sans effort » dit HARTMANN. Le cylindre muqueux ainsi disséqué est attiré en bas, et on place un clamp sur lui pour empêcher tout écoulement de matières. La musculature est traversée

par une série de fils verticaux que l'on serre, et qui la plisse, formant ainsi un bourrelet circulaire autour de l'anus. Le sphincter externe est rétréci par deux ou trois fils. La muqueuse est ensuite réséquée et suturée à la peau.

JUVARA insiste sur le point de technique suivant qui est de réséquer la muqueuse non tendue : « Le manchon muqueux doit être laissé libre à son propre poids. » (JUVARA.)

C'est de cette méthode de DELORME-JUVARA qu'est dérivé le *procédé d'Hartmann* que nous étudierons longuement plus loin : La résection de la muqueuse rectale au thermocautère.

Résultats des méthodes d'exérèse.

1. — *Exérèse totale.*

L'exérèse totale au bistouri du rectum prolabé n'est pratiquée que par quelques chirurgiens. Il semble que ce soit une méthode en voie d'être abandonnée, sauf par BERGERET et MILES, puisque nous avons vu que le premier sur dix cas d'amputation intrasphinctérienne accuse, dix bons résultats, et que le second a pratiqué (1933) trente et une fois la méthode qu'il a décrite, modification de celle de MICKULICZ avec une seule mort et un seul mauvais résultat éloigné.

En dehors des cas de ces deux auteurs — qu'il ne signale d'ailleurs pas — HOWET n'a trouvé, depuis la thèse de LENORMANT (1903) que 25 cas publiés de résec-

tion totale dans le prolapsus du rectum. Alors que LENORMANT, sur 103 cas, avait trouvé 10,7 % de mortalité et 14,5 % de rétrécissements, ce qui était assez médiocre comme résultat, HOWET, sur 25 cas, ne rapporte que deux décès et un rétrécissement, résultats sensiblement meilleurs que ceux de LENORMANT, mais qui n'entraînent pas la conviction à cause du petit nombre d'observations.

2. — *Exérèse partielle.*

Nous n'envisagerons ici que les résultats obtenus par l'excision de la muqueuse suivant le procédé de DELORME-JUVARA.

Dans sa thèse, BIELASTOWZKY (Montpellier, 1914) a réuni 45 cas de prolapsus du rectum traités par la résection de la muqueuse : DELORME : 7 cas (1 mort); POIRIER : 1 cas (1 mort); LOUVET (service de TUFFIER) : 1 cas (1 rétrécissement); JUVARA : 3 cas; VIGNARD : 3 cas; BAHUAUD : 1 cas; GOURDET-LANOUE : 1 cas; REHN : 11 cas (7 enfants, 4 adultes); BIER : 3 cas (1 récidence); FORGUE : 1 cas; LERICHE : 1 cas; ROTTER : 3 cas (1 tendance à la récidence).

Sur ce total, on enregistre deux morts, soit une mortalité de 4,5 %; le pourcentage des récides est à peu près de 8 %.

HOWET (1935) rapporte trois observations inédites de LENORMANT concernant trois opérations de DELORME-JUVARA. Dans deux cas, le résultat est parfait, mais dans l'un, il s'est produit une sténose cicatricielle à 3 ou 4 cm. de l'anus, ne laissant passer que le petit doigt.

CHAPITRE III

LA RÉSECTION DE LA MUQUEUSE AU THERMOCAUTÈRE (Procédé d'Hartmann.)

La résection de la muqueuse au thermocautère dans le traitement du prolapsus du rectum fait partie, comme l'opération de DELORME-JUVARA, du groupe des méthodes d'exérèse partielle. Nous verrons qu'elle a les avantages de cette opération, sans les inconvénients.

Ce procédé est celui qu'emploie *couramment* le professeur HARTMANN dans les prolapsus complets. Il consiste en l'*excision de larges bandes de muqueuse* au thermocautère. On rétrécit ainsi le rectum, et on détermine la production d'adhérences. (HARTMANN.)

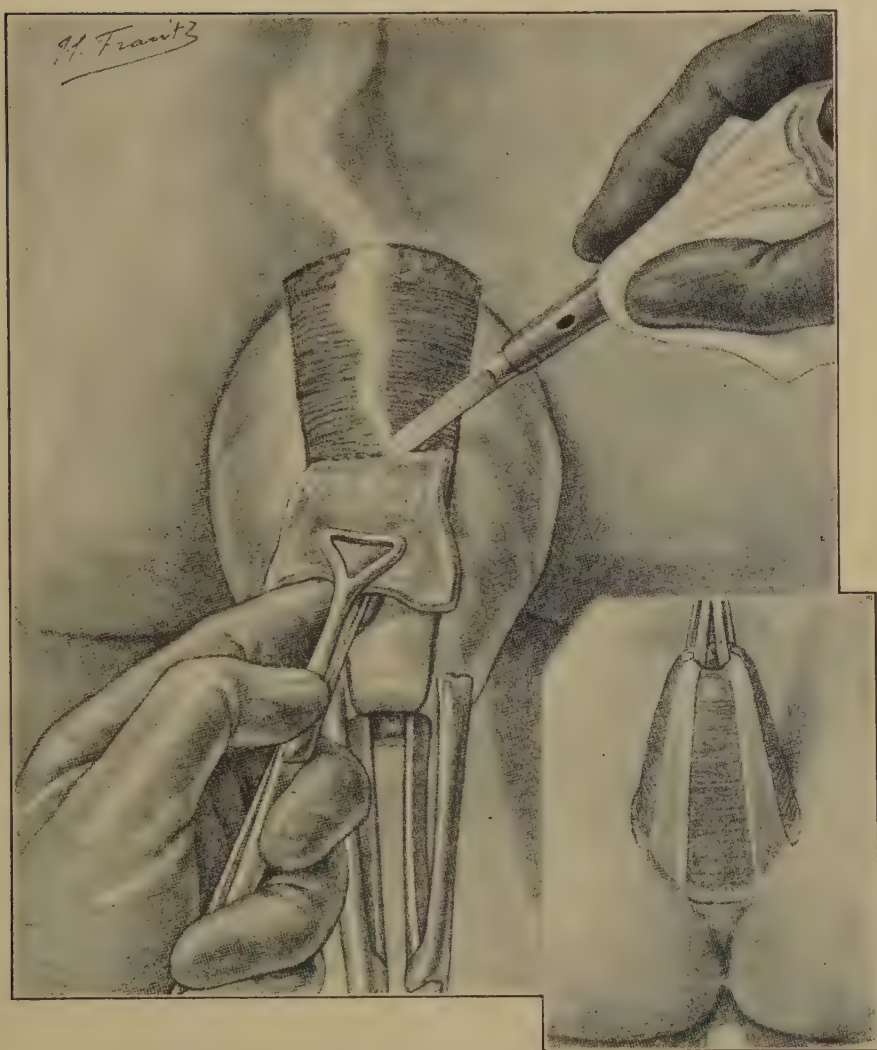
HARTMANN décrit son procédé de la façon suivante : « Après avoir attiré au maximum le prolapsus dehors, nous excisons quatre bandes longitudinales de muqueuse, commençant l'excision par le sommet du

prolapsus, et allant jusqu'à la peau de la région anale; chaque lambeau a une largeur de plus en plus grande, à mesure qu'on se rapproche de l'orifice anal; les grands prolapsus ayant une base anale beaucoup plus large que leur sommet.

Entre les quatre surfaces ainsi avivées, nous laissons quatre bandelettes rectangulaires de muqueuse (fig. 1 et 2). L'excision étant faite au thermocautère porté au rouge sombre, il n'y a aucune ligature à faire, aucune suture. Lorsque l'excision est terminée, on rentre le prolapsus, se contentant de placer dans le rectum un drain n° 20 entouré d'une lanière de gaze iodoformé. »

L'étendue de l'excision de la muqueuse doit être évidemment proportionnelle au volume du prolapsus. Dans les gros prolapsus, il ne faut pas hésiter à avoir la main large : le rétrécissement est moins à craindre que la récédive. Dans les prolapsus moyens et petits, on excisera simplement des bandes limitées de muqueuse. Pour certains petits prolapsus même, des raies de feu verticales suffiront comme cela a été préconisé dans le prolapsus muqueux.

Cette opération d'HARTMANN est excessivement simple. Nous insistons sur la nécessité de porter le thermocautère exactement au rouge sombre si l'on veut éviter une hémorragie abondante. Nous croyons qu'il est utile d'avoir à sa portée un ballon irrigateur de sérum artificiel chaud, afin de pouvoir réaliser rapidement une hémostase plus parfaite, si c'est nécessaire. D'autre part, nous estimons plus prudent de faire une ligature sur chaque vaisseau un peu impor-



D'après HARTMANN et CARRASCO. Thèse, Paris, 1930.

tant que de confier uniquement l'hémostase à la cautérisation.

Il semble que le bistouri électrique serait d'une application utile dans l'exécution de cette opération. Malheureusement, il n'y a pas eu de prolapsus rectal justiciable de cette méthode au service de M. le professeur G. MICHEL depuis l'acquisition du bistouri électrique. Néanmoins, une grande prudence serait à recommander dans la dissection des lambeaux muqueux, afin d'éviter tout risque de sphacèle secondaire de la paroi rectale.

Cette opération d'HARTMANN est peu shockante; dans les deux cas, dont nous rapportons les observations, elle a été très simplement supportée; les suites opératoires ne nous ont pas paru plus compliquées qu'après une cure d'hémorroïdes par excision au thermocautère.

Dans nos deux cas inédits, les résultats ont été bons. Nous avons pu constater la perfection du résultat dans le deuxième cas, revu un an après la deuxième intervention (cerclage). Aucun trouble fonctionnel, aucun trouble anatomique : en particulier, pas de rétrécissement. Il eût été difficile de dire que le malade avait jamais présenté un prolapsus rectal aussi gros (11 cm.).

OBSERVATIONS

A) Observations inédites.

(Service de M. le professeur G. MICHEL.

OBSERVATION N° I.

K... C..., 64 ans, manoeuvre, entre au service de M. le professeur C. MICHEL le 18 août 1931, pour prolapsus du rectum. Le malade — qui est un vieil Alsacien — nous raconte qu'il a déjà subi plusieurs opérations pour ce prolapsus en Allemagne, mais que ces opérations n'ont rien donné.

A l'examen, nous constatons, en effet, l'existence d'un volumineux prolapsus du rectum, presque incoercible : le malade nous dit le rentrer facilement, mais, presque aussitôt, il ressort. La muqueuse rectale est rouge, tomenteuse; mais nous ne constatons pas nettement de traces des interventions antérieures (en tout cas, aucune cicatrice abdominale).

Opération le 20 août 1931 (D^r GUIBAL) : le prolapsus extériorisé au maximum est traité par excitation de larges bandes de muqueuse au thermocautère, suivant le procédé qui vient d'être décrit par le professeur HARTMANN dans sa *Chirurgie du rectum*. L'intervention est simple, facile; on termine par la mise en place d'un drain et de plusieurs mèches iodoformées. Suites opératoires simples.

Le malade a été transféré à l'hôpital Maringer le 3 septembre 1931. Nous avons pu le revoir à sa sortie à la fin du mois. A ce moment, le résultat était excellent.

OBSERVATION N° II.

R... M., d'Homécourt, 33 ans, entre au service de M. le professeur G. MICHEL le 14 septembre 1933.

Depuis un an environ, le malade qui a beaucoup maigri à la suite — dit-il — d'un travail pénible, se plaint d'issue du rectum hors de l'anus, à chaque défécation. Depuis quelques mois, le prolapsus a considérablement augmenté de volume; au moindre effort que fait le malade, il sort.

En même temps, sont apparus des phénomènes de rectite très intenses : suintement muco-purulents très pénibles, brûlures à l'anus; quelquefois même légères hémorragies rectales. L'état général du malade a fortement décliné; il a considérablement maigri, et se montre très affecté de son état.

Il y a un mois environ, il est allé consulter un chirurgien qui lui a dit — nous raconte-t-il — « qu'il fallait lui faire une opération dans le ventre pour fixer le gros intestin; que cette opération était sérieuse, et qu'il ne promettait pas la guérison ».

C'est à la suite de ces paroles peu rassurantes que le malade est venu consulter au service de M. le professeur G. MICHEL, où il est entré le 14 septembre 1933.

A l'examen local, nous constatons en effet, au moindre effort de poussée, l'apparition d'un gros prolapsus total du rectum, constituant un volumineux cylindre de 11 cm., environ attiré en arrière. Ce prolapsus est facilement réductible. La muqueuse rectale est rouge vif, enflammée. Le malade se plaint d'ailleurs également de phénomènes diarrhéiques très pénibles.

Nous lui proposons l'opération d'Hartmann, qui est acceptée.

Opération le 16 septembre 1933 (D^r ROUSSEAU). Le prolapsus étant attiré au maximum au dehors à l'aide de deux pinces de Museux, on excise au thermocautère quatre larges bandes de muqueuse depuis le sommet du prolapsus jusqu'à sa base, en ne laissant entre ces bandes que de minces ponts de muqueuse. Un drain. Mèches iodoformées. Suites opératoires très simples.

Le malade revient au service le mois suivant. Il est très content du résultat obtenu; mais l'anus reste béant. Nous lui proposons une opération complémentaire.

Deuxième opération le 18 octobre 1933 (D^r ROUSSEAU).
Cerclage de l'anus à l'aide de trois crins de Florence.

Suites éloignées : Nous avons revu le malade à plusieurs reprises : la dernière fois, cette année même. Le résultat est parfait.

B) Observations d'Hartmann,

(Thèse CARRASCO, Paris, 1930, et CARRASCO, Masson, édit.,
Paris, 1934.)

I. — Opérations pour prolapsus petits et moyens.

OBSERVATION N° III (Cas I de la thèse de CARRASCO).

Homme. Début vers 1897, par de petites hémorragies et apparition d'un bourrelet indolore quand le malade allait à la selle. Ce bourrelet dépasse l'anus d'environ 1 cm. et il est parfaitement réductible.

En 1900, première opération (dans un autre service). Le prolapsus disparaît; mais il persiste un suintement sanguinolent.

En 1901, nouvelle intervention (dans un autre service) suivie de guérison temporaire.

En 1910, récurrence sous forme d'une petite tuméfaction molle de la grosseur d'une cerise, légèrement douloureuse. Avec petites hémorragies.

Opération : le 29 avril 1911 (M. HARTMANN) : excision au thermo. Drain et mèche iodoformée.

Suites éloignées. Revu dix ans après; ne présentant aucune récurrence.

OBSERVATION N° IV (Cas 2 de la thèse de CARRASCO).

Homme, 59 ans. Opéré dans un autre service en 1904.

Depuis deux ans, diarrhée. Depuis six mois, prolapsus pendant la défécation et pendant la marche.

Opération : mars 1905 (M. HARTMANN). Excision de bande de muqueuse au thermo.

Suites : sans incidents. Guérison.

OBSERVATION N° V (Cas 3 de la thèse de CARRASCO).

Homme, 27 ans. Début en 1911 par quelques douleurs avec perte de sang. Apparition, autour de l'anus, de masses sanguinolentes de la grosseur d'un œuf.

Première opération en 1911. Dilatation et incision. Aucun trouble pendant les six mois qui suivent.

Récidive en 1912 : nouvelle opération en 1913. Suivie également d'une disparition temporaire des troubles. Opéré de nouveau pour hémorroïdes en février 1915; mais les douleurs continuent avec incontinence et perte de sang.

L'examen montre un prolapsus muqueux de la grosseur d'une petite noix.

Opération le 5 août 1915. Résection au thermocautère de deux bandes. Drain et mèche iodoformée.

Suites éloignées : Revu en 1929. Aucune récidive.

OBSERVATION N° VI (Cas 9 de la thèse de CARRASCO).

Homme, 18 ans. Le malade avait déjà été opéré pour imperforation anale, et à 8 ans pour ectopie testiculaire. Début du prolapsus en 1916 par incontinence des matières et apparition d'une tuméfaction de la région anale. Aucune douleur; mais bientôt, apparaissent de petites hémorragies et de faux besoins.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1917. A l'examen, on trouve l'orifice anal au fond d'une dépression profonde de 2 cm. environ, où il est caché en partie par une tuméfaction molle, grisâtre. Le toucher montre un orifice très large rétréci par un cercle fibreux. Lorsqu'on fait pousser le malade après lavement, on constate un prolapsus muqueux de la grosseur d'une fraise, spontanément réductible.

Intervention le 14 février 1917. Sous l'anesthésie générale, on constate qu'il est possible d'attirer, sur les trois quarts antérieurs un pli muqueux large de 5 à 6 cm. Excision de ce pli et suture de la muqueuse, au tissu cicatriciel entourant l'orifice. Sur la partie postéro-latérale droite, un petit pli noté est lié et sectionné au thermo.

Suites cliniques : soldat pendant la dernière année de la guerre. Revu en 1929. Guérison complète.

OBSERVATION N° VII (Cas 12 de la thèse de CARRASCO).

Femme, 36 ans. Après une période de diarrhée, souffre au moment de la défécation qui est suivie de la sortie du rectum. Prolapsus muqueux, sans hémorroïdes.

Opération le 28 août 1918 (M. HARTMANN). Excision de bandes muqueuses au thermo.

Suites sans incidents. Guérison.

OBSERVATION N° VIII (Cas 13 de la thèse de CARRASCO).

Femme, 43 ans. Opérée des hémorroïdes dans un autre hôpital, le 3 avril 1917.

Prolapsus muqueux du rectum.

Opération le 30 août 1918 (M. HARTMANN). Excision de quatre bandes de muqueuses au thermo.

Suites sans incidents. Guérison.

OBSERVATION N° IX (Cas 14 de la thèse de CARRASCO).

Homme, 69 ans. Depuis un mois et demi, il sort constamment de l'anus quelque chose qui est le point de départ d'un écoulement rosé tachant le linge.

État le 22 novembre 1927 : on voit, sortant de l'anus, un repli muqueux qui occupe la moitié postérieure de l'orifice; en avant, saillie d'un autre repli plus petit.

Opération le 30 novembre 1927 (M. HARTMANN) : résection, au thermo, des deux plis de la muqueuse. Guérison.

Suites éloignées : revu en juillet 1929, ne présente aucun prolapsus.

OBSERVATION N° X (Cas 15 de la thèse de CARRASCO).

Homme, 57 ans. En 1918, a commencé à être gêné par la sortie de la muqueuse rectale vers la fin de la journée.

Depuis un an, cette issue, en dehors du rectum, a considérablement augmentée; six, sept, huit et même dix fois par jour, le malade est obligé d'en faire la réduction.

La peau environnant l'anus est enflammée; elle est devenue le siège de démangeaisons.

État le 4 février 1926. Le rectum sort sur une longueur de 5 à 6 cm. Une fois rentré, on voit que la peau est humide et suintante.

Opération le 18 février 1926 (M. HARTMANN). Après dilatation de l'anus, on attire l'intestin en dehors. Pas de bosselure hémorroïdaire à son niveau. Résection au thermo de deux bandes de muqueuse, larges de 3 cm, longues de 9 cm. Pointes de feu intermédiaires.

Guérison opératoire.

Suites cliniques éloignées : pas de récidence en 1929. La peau est normale, sèche. Tous les malaises que le malade éprouvait, en particulier une sensation de démangeaisons, et même de brûlures, ont complètement disparu. L'issue du rectum en dehors a disparu.

II. — *Opérations pour gros prolapsus.*

OBSERVATION N° XI (Cas 16 de la thèse de CARRASCO).

Femme de 48 ans. Il y a cinq ans, a commencé à perdre du sang par l'anus.

Il y a trois ans, en allant à la selle, il sortit par l'anus une boule rouge, du volume du poing, à ce qu'elle dit, et qu'elle rentra avec la main.

Depuis ce moment, le rectum sort à chaque garde-robe, en marchant, au moindre effort.

On voit, à l'examen, à la place de l'anus, une tumeur de volume d'une très grosse tomate, qu'on rentre facilement.

Opération le 19 mai 1916 (M. HARTMANN).

Après avoir attiré au maximum le rectum au dehors, excision de quatre bandes de muqueuse, depuis le sommet du prolapsus jusqu'à l'anus. Les deux tiers de la muqueuse rectale sont aussi enlevés.

Suites : Depuis l'excision des bandes muqueuses, le rectum n'est plus ressorti. Comme l'anus est toujours béant, laissant voir la muqueuse rectale, et que, d'autre part, la vulve est aussi béante, on décide une nouvelle intervention.

Le 30 août 1916, deuxième opération par M. HARTMANN : incision périnéale curviligne à convexité antérieure. Dédoublément du périnée sur une hauteur de 7 à 8 cm. : suture des releveurs au catgut chromé; crins cutanés. Guérison.

OBSERVATION N° XII (Cas 17 de la thèse de CARRASCO).

Homme, 52 ans. En novembre 1914, diarrhée prolongée, suivie au moment de la défécation de l'issue, par l'anus, d'une tuméfaction qui rentrait ensuite. Depuis mars 1916, ce prolapsus sort pendant la marche, et ne rentre qu'avec la main.

Chute du rectum du volume d'un poing d'adulte, à grand axe incurvé en arrière.

Opération le 22 juillet 1916 (M. HARTMANN). Excision au thermo de bandes de muqueuse, enlevant les trois quarts de celle-ci.

Suites : sans incidents. Guérison.

OBSERVATION N° XIII. — Gros prolapsus. Résection de la muqueuse au thermo (M. HARTMANN, in CARRASCO, Paris, 1934).

Homme, 19 ans. En décembre 1917, dysenterie légère. En janvier 1918, on constate que le rectum sort. On le voit en juin 1917, dès que le malade pousse un peu; le rectum sort sous forme d'un cylindre de 10 à 12 cm. de longueur..

Opération le 14 juin 1918 (M. HARTMANN).

Après avoir attiré le rectum au maximum à l'extérieur, on excise au thermo quatre bandes longitudinales de muqueuse larges de 1 cm. et demi, longues de 10 cm.

Suites : sans incident. Guérison.

Le malade est venu se montrer en 1920. Pas de récurrence de prolapsus.

Mais, en 1930, il revient à l'hôpital, le 21 février pour récurrence de son prolapsus.

Il a remarqué une masse qui sort à travers son anus, surtout au moment de la défécation. En plus, il se plaint de troubles généraux, tels que céphalée persistante, asthénie, neurasthénie. Il a maigri un peu et perd parfois un peu de sang par l'anus.

Examen le 22 février 1930. En écartant les fesses, on constate que l'orifice anal présente un bourrelet plus marqué à la partie inférieure. En faisant pousser le malade, la muqueuse ne sort pas davantage.

Après lavement, la muqueuse s'évagine de 1 cm. et demi environ; elle apparaît de coloration légèrement violacée, de consistance normale, ne présentant pas d'ulcération.

Opération : le 3 mars 1930. On attire le prolapsus au maximum. Résection de trois bandes de muqueuse au thermo. Drain entouré de gaze iodoformée dans le rectum.

OBSERVATION N° XIV. (Gros prolapsus. Résection de la muqueuse au thermocautère (HARTMANN, in CARRASCO, Paris, 1934).

Femme, 31 ans. Ptosique, ayant un prolapsus qui va en croissant depuis six ans. Anus béant. Quand la malade pousse, le rectum sort sur une longueur de 10 cm.

Opération le 21 novembre 1924 (M. HARTMANN). Excision au thermo de la muqueuse des faces antérieure et postérieure, sur une hauteur de 11 cm. ne laissant que deux landes latérales de muqueuse.

Suites : sans incident. Guérison. Revue en juin 1926; garde-robe normale. Pas de prolapsus,

OBSERVATION N° XV (Gros prolapsus. Excision de la muqueuse au thermo (HARTMANN, in CARRASCO, Paris, 1934).

Femme, 62 ans, constipée habituelle. Depuis un an, le rectum sort à la suite de la station debout, de la marche; il ne sort pas pendant les garde-robes.

État le 28 novembre 1917 : l'anus est flasque, béant; le rectum sort sur une longueur de 8 à 9 cm.

Opération le 28 novembre 1927 (M. HARTMANN) : après avoir attiré le rectum en dehors, on excise au thermocautère trois bandes de muqueuse, larges chacune de 1 cm. et demi, longues de 10 cm.

Suites cliniques : en décembre 1929, revue sans récidence.

OBSERVATION N° XVI — Gros prolapsus. Excision de bandes muqueuses (HARTMANN), in CARRASCO, Paris, 1934).

Homme, 43 ans. Il y a trois ans, que le malade a remarqué pour la première fois l'existence d'une saillie qui sortait par l'anus et qu'il avait pu faire rentrer.

Entre à l'hôpital le 14 juin 1929, parce que la même saillie s'est reproduite et qu'il ne peut la rentrer.

C'est une masse de la grosseur d'un œuf de dinde, allongée dans le sens antéro-postérieur, rouge, et présentant un orifice d'où s'échappe un liquide glaireux.

Au niveau de la partie antérieure, plaque d'aspect sphacélique. Une fois le prolapsus réduit, l'anus reste béant, admettant les cinq doigts et la reproduction est immédiate.

Opération le 21 juin 1929 (M. HARTMANN) rachi-anesthésie. Excision au thermo de bandes muqueuses longitudinales sur le rectum, laissant entre elles des ponts de muqueuse. Excision de la région ano-cutanée.

Réduction. Drain. Mèche iodoformée.

Le malade sort guéri, seize jours après.

Les résultats de l'exérèse de la muqueuse au thermocautère.

En nous basant sur les seize observations précédentes, nous pouvons dire que l'exérèse de la muqueuse au thermocautère constitue une excellente méthode de traitement du prolapsus du rectum.

Tout d'abord, l'intervention est simple et bénigne. Nous n'avons relevé aucun cas de mort à mettre sur le compte de cette méthode. Nous n'avons trouvé non plus aucun incident postopératoire, ni phéno-

mène infectieux, ni hémorragies secondaires. A voir l'étendue de l'exérèse de la muqueuse dans certains cas, on pourrait croire, en effet, que des accidents infectieux seraient susceptibles de se développer assez facilement sur d'aussi grandes surfaces cruentées, d'autant plus que dans les prolapsus qui nécessitent d'aussi larges exérèses une rectite intense est souvent présente.

En réalité, nous n'avons vu signaler aucune infection post-opératoire, en particulier aucune thrombophlébite des veines hémorroïdales supérieures, comme cela se produit quelquefois spontanément dans le « prolapsus hémorroïdaire étranglé ». Même dans un cas (observation n° XVI) où le prolapsus était devenu irréductible, et où il y avait déjà une plaque d'aspect sphacélique sur la partie antérieure, HARTMANN a pu pratiquer son procédé sans aucun incident post-opératoire, puisque seize jours après l'intervention, le malade sortait guéri. Cette intervention est donc essentiellement bénigne; ce qui constitue, sur les autres méthodes, un avantage qui n'est pas négligeable.

A envisager les résultats éloignés de cette méthode, on en retire également une bonne impression : sur les 16 cas que nous avons rapportés dans ce travail, il n'y a eu qu'une récurrence vraie : il s'agit d'un malade d'HARTMANN (observation n° XIII), opéré en 1917 qui revient en 1930 avec une récurrence de son prolapsus. Mais il est à remarquer, dans cette observation, que l'exérèse en largeur des bandes de muqueuse a été particulièrement parcimonieuse, puisque,

pour un prolapsus sortant sous forme d'un cylindre de 10 à 12 cm. de longueur, on a seulement réséqué quatre bandes longitudinales larges de 1 cm. et demi. C'était manifestement insuffisant : dans ces gros prolapsus, il ne faut laisser entre les bandes réséquées qu'un mince pont de muqueuse saine. Le rétrécissement consécutif à l'opération semble, en effet, être un risque peu à craindre, puisque nous n'en avons pas trouvé mention une seule fois sur les 16 cas que nous avons rapportés.

Dans deux cas, il a fallu compléter l'acte opératoire initial par une petite intervention opposée à une béance persistante de l'anus. Dans l'observation II (Dr ROUSSEAU), il a suffi simplement de faire un cerclage de l'anus à l'aide de trois crins de Florence, suivant le principe de l'opération de THIERSCH, pour que le résultat opératoire devint parfait.

Dans l'observation n° XI (HARTMANN), comme la malade présentait en même temps non seulement un anus béant, mais encore une vulve béante trois mois après l'excision de la muqueuse au thermocautère, HARTMANN est réintervenue pour faire une myorraphie des releveurs. Cette béance persistante ne peut surprendre, si l'on veut bien réfléchir à la dilatation considérable que produit, d'une façon pour ainsi dire permanente au niveau du sphincter, le volumineux cylindre que constitue un prolapsus rectal total. Après l'intervention, qui réduit et contient le prolapsus, il n'est pas étonnant que le sphincter forcé ne retrouve pas sa contractilité, et que l'anus reste béant : d'où

l'indication que nous croyons fréquente, surtout si le prolapsus est ancien, du cerclage de l'anوس, comme acte complémentaire du procédé d'HARTMANN.

A côté du résultat anatomique, le résultat fonctionnel se montre excellent d'une manière constante : disparition rapide des phénomènes de rectite, des suintements si pénibles à l'anوس; amélioration immédiate de l'état général, et — ce qui n'est pas à négliger — du moral du malade. Nous n'avons jamais vu signaler de troubles de la défécation : en particulier aucun cas d'incontinence sphinctérienne.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS DU RECTUM

A lire les travaux consacrés au traitement du prolapsus du rectum, il semble assez difficile de se faire une opinion sur la valeur de chacune des méthodes préconisées. On peut dire, en effet, — paradoxe avec beaucoup de vérité — que chaque chirurgien qui a publié sur le prolapsus du rectum a sa façon de faire et qu'il considère cette façon de faire comme la meilleure, ce qui paraît singulièrement vrai à la lecture des observations rapportées qui, presque toutes, sont des succès. D'autre part, pour la plupart des chirurgiens, les termes de comparaison manquent, parce que le nombre de prolapsus du rectum qu'il est donné à chacun de voir, et surtout d'opérer, n'est pas en général très grand : ce qui fait qu'il est difficile d'avoir une expérience pratique bien étendue de la question.

Ces réserves étant faites, nous croyons tout de même pouvoir dégager de l'étude que nous avons

consacrée aux différentes méthodes de traitement du prolapsus du rectum, quelques conclusions utiles.

Nous avons schématiquement divisé les méthodes de traitement du prolapsus du rectum en trois catégories :

- 1^o Les méthodes de réfection du périnée;
- 2^o Les méthodes de fixation et de suspension du rectum;
- 3^o Les méthodes d'exérèse.

Que faut-il penser de chacune de ces méthodes d'après les faits que nous avons rapportés?

1^o Les méthodes de réfection du périnée reposent sur cette conception pathogénique que la cause initiale de la chute du rectum réside dans l'affaiblissement des moyens de soutènement : sphincter, releveurs de l'anus, d'où il résulte qu'il y aurait une grande analogie entre le prolapsus rectal et le prolapsus génital de la femme. Ce mécanisme est indiscutable dans le cas de prolapsus muqueux, et, dans les cas exceptionnels où le prolapsus rectal proprement dit suit un prolapsus muqueux. Par contre, il n'est pas rare de rencontrer des sujets, des femmes en particulier, chez qui l'anus est béant, sans que pour cela il se produise un prolapsus du rectum. Chez les femmes, par exemple, atteintes de déchirure presque complète du périnée, la contractilité du sphincter anal est déficiente; les releveurs de l'anus sont pour ainsi dire inexistantes : ces cas sont fréquents, et cependant, le prolapsus rectal vrai y est exceptionnel; on constate tout au plus une légère éversion de la muqueuse.

Il semble donc bien, par conséquent, que l'on puisse déjà conclure de ces quelques remarques théoriques, que les opérations de réfection du périnée soient insuffisantes dans le prolapsus complet du rectum, puisqu'elles n'agissent pas sur la cause essentielle du prolapsus. Et en fait — sauf quelques exceptions — il en est ainsi.

a) *La méthode de Thiersch*, c'est-à-dire le cerclage de l'anus au fil métallique, ou au crin de Florence, est, à notre avis, une excellente méthode de traitement du prolapsus de l'enfant (qui guérit si souvent spontanément, disait BROCA) et du prolapsus muqueux de l'adulte. Mais, dans le prolapsus total, malgré quelques bons résultats (PICQUÉ, BONNEAU, TAVERNIER), c'est une méthode imparfaite.

« Si les résultats immédiats du cerclage sont bons, je ne crois pas qu'il faille beaucoup compter sur la valeur thérapeutique de cette opération. » (LENORMANT.)

Nous considérons, quant à nous, le cerclage de l'anus comme une excellente méthode complémentaire, à associer, par exemple, comme nous l'avons déjà dit, à l'opération d'HARTMANN dans les cas de prolapsus anciens, volumineux, où l'anus reste béant, et le sphincter distendu après la réduction du cylindre prolabé; mais nous croyons qu'il ne faut pas lui demander plus.

b) *Aux méthodes de renforcement de l'appareil sphinctérien* — myorraphies antérieures, myorraphies postérieures, procédé de CUNÉO et SÉNÈQUE — nous

ferons les mêmes objections. Nous devons cependant faire remarquer l'intérêt du procédé décrit par CUNÉO et SÉNÈQUE, d'autant plus que, dans un cas de prolapsus de 11 cm. ces auteurs ont obtenu par leur procédé une guérison vérifiée neuf mois après. Mais ces interventions nous paraissent trop complexes du point de vue technique et trop aléatoires pour ce qui est du résultat éloigné à en attendre; intéressantes, croyons-nous, lorsqu'il s'agit de prolapsus léger, de simple béance de l'anus, ces méthodes ne nous paraissent avoir, comme le procédé de THIERSCH, qu'une valeur relative dans le cas de prolapsus complet : nous n'y voyons que des méthodes adjuvantes.

Et nous comprenons fort bien que, dans un cas (observation n° XI), HARTMANN ait complété l'excision de la muqueuse au thermocautère par une myorraphie des releveurs, mais qu'il n'ait pas eu confiance dans cette seule myorraphie pour guérir un prolapsus du volume du poing.

c) Les *opérations plastiques*, du type de l'opération de FINSTERER, nous paraissent à rejeter complètement. La transplantation de lambeaux musculaires ou aponévrotiques, à ce niveau, nous semble dangereuse et aléatoire.

En somme, dans le traitement du prolapsus total du rectum, les méthodes de réfection du périnée sont pour nous des méthodes adjuvantes, utiles dans certains cas, mais insuffisantes à elles seules à donner de bons résultats éloignés.

2° Les méthodes de fixation et de suspension du rectum témoignent d'une conception pathogénique plus complexe que les méthodes précédentes. Elles prétendent s'opposer à la déficience des attaches supérieures du rectum qui sont le péritoine, le cœlon sigmoïde et son méso, les vaisseaux et les lames fibrovasculaires (aponévrose sacro-recto-génitale de DELBET).

a) Les *rectopexies* : qu'il s'agisse des rectopexies postérieures de GÉRARD-MARCHANT, de LOCKHART-MUMMERY, ou des rectopexies de GHEDINI, de LYNCH, etc..., présentent toutes l'inconvénient théorique — mais réel — de laisser la paroi antérieure du rectum mal soutenue, paroi dont le rôle est grand dans la pathogénie des prolapsus (hédrocèle). D'autre part, ce sont des interventions qui ne sont pas sans danger, à cause des risques d'infection qui ne sont pas à négliger au niveau de l'espace décollable rétro-rectal. Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, le nombre des observations n'est pas assez grand où l'on connaisse les résultats éloignés, pour que l'on puisse en tirer des enseignements précis. Par exemple, sur 32 cas où il a utilisé son procédé de rectopexie postérieure, LOCKHART-MUMMERY ne rapporte que deux résultats éloignés qui sont des guérisons (trois et six ans), cinq récurrences, alors que vingt-cinq autres résultats sont inconnus. Comme nous l'avons déjà dit précédemment, les rectopexies ne nous paraissent pas être des opérations séduisantes.

b) Des *colopexies* nous ne retiendrons à discuter,

parmi beaucoup d'autres que nous avons déjà condamnées, que le procédé de colopexie antérieure de RADSIIEWSKY (procédé de la bandelette aponévrotique du grand oblique) et le procédé de colopexie postérieure de QUÉNU et DUVAL (fixation au tendon du petit psoas et oblitération du douglas).

Séduisante par sa technique, la colopexie antérieure de RADSIIEWSKY donnerait également de bons résultats, à en croire son auteur, puisqu'il n'aurait jamais observé de récurrence : mais aucune observation n'a jamais été publiée, ce qui, par conséquent, enlève toute possibilité de discussion. D'autre part, cette méthode — comme toutes les méthodes de colopexie antérieure — fixe le rectum de bien loin (par l'intermédiaire du sigmoïde), et par une mince bandelette aponévrotique dont la vitalité ultérieure semble douteuse. N'ayant pas d'éléments de discussion, en l'absence d'observations précises, nous n'insisterons pas plus ; mais ce procédé de RADSIIEWSKY ne nous semble pas plus sûr — quoique plus élégant — que les autres procédés de colopexie antérieure.

- Le procédé de colopexie postérieure de QUÉNU et DUVAL semble être, par contre, et depuis longtemps, la méthode idéale de traitement du prolapsus total du rectum. Nous avons déjà cité les excellents résultats de QUÉNU et DUVAL, de LENORMANT, de G. GROSS ; plus récemment, CARRASCO, dans sa thèse, a rapporté quatre cas d'OKINCKZYC, dont les résultats immédiats étaient tous bons ; mais un seul cas a été revu à longue échéance (guérison maintenue six ans après). Enfin, tout dernièrement, HOWET (juin 1935) signale cinq

nouvelles observations de LENORMANT, mais le résultat éloigné — bon d'ailleurs — est connu seulement dans deux cas, et, dans ces deux cas, on a associé à la colopexie une périnéorrhaphie antérieure. Il semble, en effet, que la colopexie isolée, ne mette pas à l'abri de la réapparition d'un léger prolapsus muqueux, ce qui tient certainement — comme nous y avons déjà insisté — à la persistance de la béance de l'anüs après réduction du prolapsus.

Si la colopexie de QUÉNU et DUVAL est satisfaisante du point de vue pratique, elle répond parfaitement bien, d'autre part, aux conceptions pathogéniques admises actuellement, depuis LUDLOFF sur le prolapsus du rectum. Nous avons vu, en effet, qu'« à défaut d'une thèse pathogénique applicable à tous les cas de prolapsus rectal, base d'une méthode de traitement toujours efficace, il existe deux anomalies qui, en raison de leur constance remarquable, et surtout de leur importance, nous paraissent essentielles et doivent être supprimées pour enlever au prolapsus rectal toute possibilité de récïdive » (HOWET) et ces deux anomalies essentielles, ce sont : d'une part, la profondeur exagérée du Douglas, soit congénitale, soit acquise; d'autre part, la mobilité anormale du rectum, en particulier par relâchement de son amarre supérieure qui est le sigmoïde, et le méso. Par conséquent, la technique de QUÉNU et DUVAL qui oblitère le Douglas et fixe soigneusement le sigmoïde et son méso répond particulièrement bien à ces desiderata. C'est pourquoi « nous pouvons dire », conclut HOWET, « que la colopexie selon QUÉNU-

DUVAL, par sa valeur thérapeutique et sa bénignité, est la vraie méthode de choix du traitement du prolapsus complet du rectum ».

A cette conclusion, nous croyons devoir faire quelques critiques :

1^o La colopexie de QUÉNU et DUVAL est sans doute d'une grande bénignité, puisqu'il n'a jamais été signalé de cas de mort à la suite de cette intervention. Néanmoins, nous ferons remarquer qu'une intervention qui nécessite une laparotomie médiane sous-ombilicale et une dissection dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal de la fosse iliaque gauche constitue, quoiqu'on en dise, une « grosse » intervention.

2^o La colopexie, comme toute pexie, quelle qu'elle soit, n'est pas à l'abri du lâchage des sutures ou de l'étirement des amarres créées artificiellement par l'acte opératoire. Ce risque n'est pas qu'hypothétique chez les « désanglés » du ventre.

3^o Nous ne croyons pas à l'absolue nécessité d'oblitérer le Douglas, anormalement développé, pour éviter toute crainte de récurrence. L'hédrocèle existe également dans le prolapsus génital total de la femme; or on obtient d'excellents résultats, même avec certains procédés opératoires qui négligent complètement cette hédrocèle, tel par exemple le procédé de BOUILLY. De même pour le prolapsus rectal, nous avons vu que le procédé d'HARTMANN (de la résection de la muqueuse au thermocautère) qui laisse de côté tout acte opératoire spécial sur le cul-de-sac de Douglas, donne, malgré tout, d'excellents résultats. Cette oblitération du Douglas n'est peut-être indispensable que

dans le cas d'anomalie congénitale, de hernie périnéale congénitale.

4^o La colopexie de QUÉNU et DUVAL n'agit pas sur la distension des parois du rectum qui sont devenus trop grandes; de même que dans le prolapsus génital de la femme les colporraphies et colpectomies nous semblent constituer des actes opératoires essentiels, nous croyons utile, dans le prolapsus du rectum, d'agir sur le rectum en le rétrécissant. Le procédé de QUÉNU et DUVAL rétrécit très imparfaitement l'ampoule rectale.

En somme, nous croyons que parmi les méthodes de fixation et de suspension du rectum, les rectopexies doivent être abandonnées, et que des colopexies, seule la colopexie de Quénu et Duval doit être conservée comme méthode de traitement du prolapsus du rectum, sans qu'elle soit exclusivement la méthode idéale comme certains l'ont affirmé.

3^o **Les méthodes d'exérèse :** tout au moins les méthodes d'exérèse totale peuvent sembler, *a priori*, aussi illogiques dans le traitement du prolapsus du rectum que l'hystérectomie dans le traitement du prolapsus génital de la femme. En réalité, à ce point de vue, les deux cas ne sont pas tout à fait comparables.

a) *Les méthodes d'exérèse totale* donnent, du point de vue pratique, de bons résultats dans l'ensemble; néanmoins, le procédé de MICKULICZ est actuellement à peu près abandonné à cause des risques de mort

(10,7 % de mortalité; LENORMANT), des récidives fréquentes (7 %; KUSMIN : 33 %), des rétrécissements consécutifs à la suture muco-muqueuse (14,5 % : LENORMANT).

C'est pour éviter ces risques de rétrécissement et de récidive que BERGERET (assistant d'HARTMANN) a substitué au procédé de MICKULICZ l'amputation intrasphinctérienne du rectum qui permet de faire une suture muco-cutanée qui n'expose pas à la rétraction comme une suture muco-muqueuse circulaire et d'enlever du recto-sigmoïde « tout ce qui vient », par conséquent d'éviter autant qu'il est possible la récidive.

HARTMANN et BERGERET ont obtenu, par ce procédé de bons résultats, mais l'intervention nous semble un peu disproportionnée avec le but poursuivi, puisqu'il est possible de faire aussi bien à moins de frais. Ce n'est qu'au cas d'irréductibilité absolue, même après rachi-anesthésie, que nous pensons qu'il est utile de recourir à ces procédés d'exérèse totale du rectum prolabé ou du recto-sigmoïde (BERGERET-MILES).

b) Les *méthodes d'exérèse de la muqueuse seule* dérivent de la technique initiale DELORME, comme nous l'avons vu précédemment.

Ce procédé, perfectionné par JUVARA comporte — outre la résection du manchon muqueux prolabé — un temps opératoire qui nous apparaît comme essentiel : c'est le rétrécissement de la musculieuse par plicature à la fois verticale et transversale. Par cette

intervention, la tunique musculaire est transformée en une virole épaisse, et le sphincter est rétréci. D'après JUVARA, tout l'appareil musculaire de la région est aussi renforcé, et s'oppose à la sortie du rectum. On comprend que cette intervention ait donné à JUVARA d'excellents résultats.

Mais on peut lui faire quelques reproches :

1^o Le risque d'infection et de désunion de la suture muco-cutanée : d'où — comme dans l'opération de WHITHEAD mal réussie — formation d'un anneau cicatriciel souvent très serré au niveau de la ligne cutanéomuqueuse.

2^o La difficulté — dans les cas anciens — de la dissection de la muqueuse infectée, adhérente, avec en plus le risque de faire une fausse route dans le cul-de-sac péritonéal.

3^o La fréquence des suites opératoires incidentées, fébriles surtout, s'expliquant très bien par ce que nous venons de dire.

HOWET, par exemple, signale avec juste raison, que les trois cas qu'il a observés dans le service de LENORMANT, et qu'il rapporte dans son travail, ont tous fait de la température pendant plusieurs jours (jusqu'à 39°).

Par conséquent, excellente dans son principe, l'opération de DELORME-JUVARA, sans être aussi grave que l'exérèse totale, n'est pas cependant une opération bénigne.

C'est pourquoi nous pensons qu'il faut lui préférer la méthode que nous nous sommes surtout proposé

de défendre dans ce travail : *la résection de la muqueuse rectale au thermocautère, selon le procédé d'HARTMANN*. Cette méthode qui consiste essentiellement, comme nous l'avons vu, en l'excision de larges bandes de muqueuse au thermocautère, présente, à notre avis, les avantages de l'opération de DELORME-JUVARA sans en avoir les inconvénients.

Comme dans l'opération de DELORME-JUVARA, la muqueuse rectale prolabée et infectée est en grande partie réséquée et la cicatrisation des bandes cruentées aboutit à la formation de colonnes scléro-cicatricielles rigides qui, par leur rétraction à la fois dans le sens vertical et dans le sens transversal rétrécissent les parois rectales, résultat opératoire qu'il nous paraît essentiel d'obtenir et que donnent l'opération de DELORME-JUVARA et l'opération d'HARTMANN.

D'autre part, l'opération d'HARTMANN n'a pas les inconvénients de celle de DELORME-JUVARA : pas de dissection *anatomique* de la muqueuse à faire, donc pas de risque de fausses routes; pas de sutures, donc pas de lâchage à craindre; et par conséquent pas de rétrécissement scléro-cicatriciel ultérieur au niveau de la ligne cutanéomuqueuse. Enfin, les suites opératoires sont très simples, et fait essentiel, les résultats éloignés excellents, comme nous l'avons vu par la statistique d'HARTMANN (quatorze cas) — une seule récurrence — et les deux cas inédits du service de M. le professeur G. MICHEL rapportés plus haut.

En somme, nous croyons que parmi les méthodes d'exérèse, les procédés d'exérèse totale sont dangereux,

ou tout au moins disproportionnés avec le but à atteindre; par contre, l'exérèse de la muqueuse seule nous paraît l'intervention nécessaire et suffisante pour obtenir la guérison du prolapsus total du rectum : en définitive, nous estimons, quant à nous, que le procédé d'Hartmann (excision de la muqueuse au thermocautère) est le procédé de choix dans le traitement du prolapsus total du rectum.

CONCLUSIONS

I. — Les méthodes de traitement chirurgical du prolapsus du rectum sont excessivement nombreuses, ce qui fait présager de la médiocrité de beaucoup d'entre elles.

II. — Ces méthodes de traitement peuvent être divisées en trois grandes catégories :

- a) Les méthodes de réfection du périnée;
- b) Les méthodes de fixation et de suspension du rectum;
- c) Les méthodes d'exérèse.

III. — Les multiples procédés opératoires opposés au prolapsus du rectum sont utiles à connaître, car on peut avoir à les employer dans certains cas particuliers.

IV. — D'une manière générale, on peut dire :

- a) Que les méthodes de réfection du périnée (cerclage de l'anus, myorraphie) sont des méthodes adjuvantes, utiles dans certains cas, mais insuffisantes isolément.

b) Que les méthodes de fixation et de suspension du rectum, seule la colopexie de QUÉNU et DUVAL doit être conservée sans qu'elle soit exclusivement la méthode idéale, comme certains l'ont affirmé.

c) Que parmi les méthodes d'exérèse, l'excision de la muqueuse seule est, à notre avis, l'intervention nécessaire et suffisante à opposer au prolapsus du rectum.

V. — L'excision de la muqueuse au thermocautère suivant le procédé d'HARTMANN, complétée dans certains cas par le cerclage de l'anus, constitue pour nous le procédé de choix dans le traitement du prolapsus total du rectum.

Nancy, le 9 juillet 1935.

Le Président de thèse,

M. MICHEL.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 10 juillet 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 11 juillet 1935.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie complète du prolapsus du rectum, nous renvoyons à la monographie de CARRASCO, Masson éditeur, Paris, 1934. On ne trouvera ici que les travaux essentiels relatifs au traitement chirurgical du prolapsus rectal.

BAZY (P.). — Prolapsus du rectum : recto coccygexie et raccourcissement du sphincter anal. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1921, t. XLVII, p. 831-834.)

BERNEL. — Sur un nouveau mode de traitement des prolapsus totaux du rectum. Thèse de Bordeaux, 1901.

BIELATOWSKY. — Comment doit-on traiter le prolapsus rectal? Thèse de Montpellier, 1914 (40 pages).

BRECHOT. — Résection partielle du sacrum dans le traitement du prolapsus complet du rectum. (*Paris Médical*, 1919, p. 209.)

— Sphincterectomie segmentaire dans le prolapsus muqueux du rectum. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de chir. de Paris*, 1925, t. XLIX, p. 1875.)

BROCA. — Le prolapsus du rectum. (*Pédiatrie prat.* Lille, 1911, p. 222.)

CARRASCO. — Le traitement des prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1930.

— Prolapsus du rectum, traitements, résultats éloignés. Masson et C^{ie} édit. Paris, 1934.

CHASTENET DE GÉRY. — Prolapsus rectal par invagination chez un enfant — récédive après cerclage de l'anús — colo-

- pexie guérison. (*Gaz. des Hôpitaux*, 28 novembre 1928, P. 1694.)
- COUDRAY. — Traitement du prolapsus total du rectum chez l'adulte. (*Rev. gén. de Chir. et de thérap.*, 4 juin 1932, p. 1340.)
- CUNÉO et SÉNÈQUE. — Reconstitution de l'appareil sphinctérien dans le prolapsus du rectum. (*Journal de Chirurgie*, août 1931, t. 38, p. 190-196.)
- DELAGENIÈRE. — Anastomose colo-rectale comme traitement de l'invagination procidente du rectum. Congrès français de Chirurgie, 1913.
- DELBET. — Traitement du prolapsus du rectum. (*Revue gén. de Chirur. et de thérap.* Paris, 1923, p. 162.)
- DELORME. — Sur le traitement des grands prolapsus du rectum. Congrès français de Chirurgie, 1913.
- DUMONT. — Contribution à l'étude de l'opération de Delorme-Juvara pour prolapsus rectaux. Thèse de Lyon, 1912.
- DUVAL. — La colopexie dans le prolapsus du rectum. Congrès français de chirurgie, 1913.
- FERTÉ. — De la technique opératoire de la recto-coccypexie et de la myorraphie des releveurs de l'anus dans le prolapsus rectal de l'adulte. Thèse de Paris, 1905.
- FINSTERER. — Zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalles. (*Arch. klin. Chir.* Berlin, 1923, p. 124.)
- G. GROSS. — Cinq observations de colopexie pour prolapsus du rectum par le procédé de MM. QUÉNU et DUVAL. Congrès français de Chirurgie, 1913, p. 641.
- GUIBE. — Technique de la colopexie dans le prolapsus du rectum. (*Presse Médicale*, 29 juin 1907, p. 411.)
- GUILLERMON. — Le traitement du prolapsus du rectum par la méthode de THIERSCH. Thèse de Lyon, 1919-1920.
- HARTMANN. — Chirurgie du rectum. Masson édit. Paris, 1931, p. 398.
- HOWET. — Pathogénie et traitement chirurgical du prolapsus du rectum. (*Journal de chirurgie*, juin 1935, p. 877.)
- JEANNEL. — La pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1907, p. 30.)
- JUVARA. — Traitement du prolapsus total du rectum par

- l'extirpation de la tunique muqueuse et la plicature de la tunique musculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirur. de Paris*, 22 mars 1930, p. 466.)
- G. KUSS. — Prolapsus du rectum. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1920, p. 841.) Rapport de M. Proust.)
- LA BRANCHE. — Le prolapsus ancien du rectum chez l'adulte. Thèse de Paris, 1920.
- LANOUE. — Traitement du prolapsus total du rectum par l'exérèse de la muqueuse. (Procédé Delorme-Juvara.) Thèse de Paris, 1909-1910.
- LENORMANT. — Le prolapsus du rectum. Causes et traitement. Thèse de Paris, 1903.
- La colopexie : contribution à l'étude thérapeutique du prolapsus du rectum. (*Revue de Chirurgie*, 1907.)
- Note sur onze cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement. (*Presse Médicale*, 1912.)
- LOCKHART-MUMMERY. — A New operation for prolaps of the rectum. *The Lancet*, 1910, p. 843.
- The operative treatment of prolaps (procidentia) of the rectum in adults. *The Lancet*, 1921, p. 270.
- LYNCH. — Prolaps of the rectum. (*Journ. of Amér. med. ass.*, Chicago, 1927, p. 1050.)
- MALESPINE. — Prolapsus du rectum. Opération de THIERSCH. Thèse Toulouse, 1913.
- MILES. — Recto-sigmoïdectomie dans le traitement du prolapsus du rectum. (*Proc. roy. méd.*, sept. 1933, n° 4, p. 1445.)
- PACHINO. — Ueber dauerresultate der colopexie bei Hochgradigen Rektalpolaps. (*Beiträg. z. klin. Chir.*, 1905, p. 300.)
- PATEL. — Prolapsus total du rectum, colopexie ligamentaire avec hystéropexie. (*Lyon chir.* 1920, t. XVII, p. 593.)
- PAUCHET. — Le prolapsus du rectum et son traitement. (*Gaz des Hôp.* 1907.)
- PICQUE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1913.)
- PROUST. — Un cas de prolapsus du rectum traité par la colopexie et le cerclage de l'anus; de l'association des prolapsus rectaux et génitaux, de l'hystéro-colopexie. (*Bull. et Mém.*

- de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, 1913, p. 637 (in Rapport de Quénu.)
- QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum. Paris. 1899.
- QUÉNU et DUVAL. — Technique de la colopexie pour prolapsus du rectum. (*Revue de chirurgie*. Paris, 1910, p. 135.)
- RADSIEWSKI. — Traitement du prolapsus du rectum par la colopexie aponévrotique. (*Arch. f. klin. chir.*, 10 nov. 1933.)
- ROBERT. — La ceinture de peau. Nouveau procédé pour le traitement des énormes prolapsus du rectum. Thèse de Lyon, 1908-1909.
- ROCHARD. — Prolapso du rectum. (*Bull. de thérap.* Paris, 23 sept. 1905.)
- SUDECK. — Prolapsus du rectum. Sa cure par voie abdominale. (*Journal de Médecine de Paris*, 1923.)
- TOMOFF. — Contribution au traitement du prolapsus rectal (Méthode de Roux). Thèse de Lausanne, 1906.
- VERNEJOL (DE). — Pathogénie et traitement du prolapsus rectal chez l'enfant. Thèse de Paris, 1919-1920.
- VEYRASSAT. — Colopexie par le procédé de JEANNEL pour un volumineux prolapsus rectal. Congrès français de Chirurgie, 1913.
- VIGNARD. — Deux cas de prolapsus du rectum traités par l'opération de DELORME-JUVARA. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1909, p. 301.)
- WALTHER. — Prolapsus du rectum, résection; guérison constatée après huit ans et demi. (*Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chir. de Paris*, 1905, p. 213.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE I. — Généralités.	11
CHAPITRE II. — Les différentes méthodes de traitement chirurgical du prolapsus du rectum.	23
CHAPITRE III. — La résection de la muqueuse au thermo- cautère (Procédé d'Hartmann).	49
CHAPITRE IV. — Étude critique des différentes méthodes de traitement du prolapsus du rectum.	65
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE.	81

